



**NOTA SOBRE EL DERECHO A LA PRIVACIDAD**  
**DE PRIVACIDAD Y PRACTICAS DE ASF**

**Acto de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro de Salud (Health Insurance  
Portability and Accountability Act HIPAA)**

**I. ESTA NOTA DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR TU INFORMACIÓN MÉDICA Y COMO PUEDES TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISAR ESTO CUIDADOSAMENTE.**

**II. MANTENER A SALVO TU INFORMACION PROTEGIDA DE LA SALUD (PHI, por sus siglas en inglés) ES UNA OBLIGACION LEGAL DE ASF**  
La ley requiere que ASF asegure que tu PHI sea privada. La PHI es la información obtenida por ASF que puede ser usada para identificarte. Contiene datos sobre el pasado, presente o la futura condición de tu salud, los servicios y cuidados de salud que se te han proporcionado, o los pagos sobre estos servicios. ASF está obligada a proporcionarte esta Nota Sobre el Derecho a la Privacidad. Esta Nota debe explicar cuándo, por qué y cómo ASF usaría y/o daría a conocer tu PHI. El uso del PHI significa que ASF solicita, comparte, utiliza o examina información dentro de la propia agencia; la PHI es revelada cuando ASF transfiere, otorga o de alguna forma la revela a terceros fuera de la agencia. Salvo algunas excepciones, ASF no puede usar o revelar más de lo necesario de tu PHI para cumplir con el propósito para el cual el uso o la revelación fueron hechas. Sin embargo, ASF está siempre obligada legalmente a seguir las prácticas de privacidad descritas en esta Nota.

Por favor toma nota de que ASF se reserva el derecho de cambiar en cualquier momento los términos de esta Nota y de las políticas de privacidad de la agencia. Cualquier cambio sobre la PHI se aplicará de inmediato en el archivo de ASF. Antes de que se realice cualquier cambio importante, ASF cambiará inmediatamente esta Nota y colocará una copia en la oficina y en la página de Internet. También puedes solicitar una copia de esta Nota, o ver una copia en las oficinas, o en el sitio de Internet de ASF que está localizado en: [www.ocasf.org](http://www.ocasf.org)

**III. CÓMO ASF USARÁ Y REVELARÁ TU PHI.**

ASF usará y revelará tu PHI por varias y diferentes razones. Algunas requerirán de tu previa autorización por escrito; sin embargo otras no lo necesitarán. A continuación encontrarás con algunos ejemplos las diferentes categorías de los usos y revelaciones de la agencia. **Aunque el nuevo lenguaje de HIPAA permite la revelación de la PHI relativa al tratamiento, pago y funcionamiento del cuidado de la salud, ASF continuará siguiendo a la Ley del Estado de California que es más estricta. A excepción de circunstancias específicas, la ley federal y/o la estatal exigen una protección especial a la información médica relativa a la salud mental, el abuso de alcohol y drogas, VIH/SIDA, enfermedades sexualmente transmitidas y servicios de la niñez de California. De acuerdo con esta ley nosotros no usaremos ni revelaremos**

**ésta o cualquier otra información médica especialmente protegida, sin tu autorización por escrito.**

**A. Tu información médica puede ser usada para:**

**1. Tratamiento:** La información obtenida por los proveedores de atención médica será archivada en tu expediente y puede ser usada por otros proveedores para determinar un plan de acción. Por ejemplo varios proveedores pueden compartir la información médica a fin de coordinar los servicios que necesitas, tales como medicinas, trabajo de laboratorio o radiografías y determinar que estés recibiendo el tratamiento apropiado.

**2. Pago:** Para obtener el pago por los servicios que recibes podemos dar a conocer información médica sobre tu plan de salud o seguro de salud. Por ejemplo, puede ser necesario que proporcionemos información sobre tu plan de salud a fin de recibir el reembolso por parte de Cuidado de Salud en el Hogar (Home Health Care)

**3. Las Operaciones del Cuidado de Salud:** Para asegurarnos de que los servicios y el cuidado que te proporcionamos son los apropiados y de alta calidad, podemos usar información médica sobre el funcionamiento de estos servicios. Por ejemplo, podemos combinar la información médica sobre varios individuos para investigar tendencias o determinar qué servicios y programas podríamos ofrecer. Podemos compartir tu información médica con otros servidores que proyectan la coordinación de casos y otras actividades de ayuda.

**B. Usos Determinados y Revelaciones Que No Necesitan de Tu Consentimiento.** ASF puede usar o revelar tu PHI sin tu consentimiento o autorización por las siguientes razones:

**1. Cuando la revelación es solicitada por la ley local, estatal o federal; procedimientos administrativos, tribunales o judiciales; o para hacer cumplir la ley.** Por ejemplo: Podemos hacer una revelación a los oficiales adecuados cuando la ley nos solicite un reporte para las agencias gubernamentales, para el personal que hace cumplir la ley y/o en un procedimiento administrativo.

**2. Si la revelación es requerida por parte de un procedimiento ante una corte o ante una agencia administrativa en cumplimiento a su autoridad legal.**

**3. Si la revelación es requerida por una investigación legal concerniente a alguna agencia destinada a hacer cumplir la ley.**

**4. Si la revelación es requerida por un cliente o por su representante en cumplimiento de los Códigos de Salud y Seguridad de California (California Health and Safety Codes), o por corresponder a las regulaciones o estatutos**

**federales, tales como la Regla de Privacidad (Privacy Rule) que requiere esta Notificación.**

**5. Para evitar daño.** Proporcionaremos la PHI al personal que hace cumplir la ley o a las personas destinadas a prevenir o mitigar una amenaza seria a la salud, o la seguridad de una persona o del público en general.

**6. Si la revelación es requerida o autorizada por el hecho de que puedas estar en tal estado emocional o mental que llegues ser peligroso a ti mismo, a otra persona o a las propiedades de terceros, y si determinamos que la revelación es necesaria para prevenir un peligro amenazador.**

**7. Si la revelación es asignada por un mandato de la Ley Contra el Abandono y Abuso a los Niños de California (California Child Abuse and Neglect Reporting Law).** Por ejemplo si tenemos la razonable sospecha del abuso o negligencia hacia un menor.

**8. Si la revelación es ordenada por la Ley contra el Abuso de Ancianos o de Adultos Dependientes (California Elder/Dependnt Adult Abuse Reporting Law).** Por ejemplo si tenemos la razonable sospecha sobre el abuso de un anciano o adulto dependiente.

**9. Si la revelación es requerida o autorizada por el hecho de que nos digas sobre una amenaza seria/inminente de violencia física tuya contra víctimas identificables.**

**10. Para actividades de salud pública.** Ejemplo: en el caso de que mueras, si una revelación es permitida o precisada, podemos tener la necesidad de dar información sobre ti al médico forense.

**11. Para el cuidado de las actividades para la salud.** Ejemplo: Se nos puede requerir que proporcionemos información para ayudar al gobierno en el curso de una investigación o inspección de alguna persona u organización que proporcione servicios para la salud

**12. Para funciones específicas del gobierno.** Ejemplos: Podemos revelar la PHI del personal militar o veteranos bajo ciertas circunstancias. También podemos revelar la PHI para el interés de la seguridad nacional, como es proteger al Presidente de los Estados Unidos o para ayudar a las operaciones de inteligencia.

**13. Con propósitos de investigación científica.** Bajo ciertas circunstancias podemos proporcionar la PHI a fin de conducir una investigación médica.

**14. Con propósitos de Indemnización al Trabajador.** Podemos proporcionar la PHI a fin de cumplir con las leyes de Indemnización al Trabajador.

**15. Servicios o beneficios relacionados con la salud y recordatorios, advertencias de señalamientos o decretos.** Ejemplos: Podemos usar la PHI para proporcionar advertencias sobre decretos. Podemos usar la PHI para darte información sobre opciones de tratamientos alternativos u otros beneficios y servicios que ofrecemos.

**16. Si un arbitrador o un jurado arbitrador precisa una revelación.** Cuando un arbitraje es legalmente requerido por cualquiera de las dos partes, en cumplimiento de una citación "duces tecum" (ej. una citación para testimonio de salud mental), o cualquier otra medida de revelación autorizada en un procedimiento ante un jurado.

**17. Si la revelación es requerida o autorizada por la ley a una agencia vigilante de la salud por actividades de vigilancia.** Ejemplo: Cuando es precisada por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los E.U.A. para investigar o determinar alguna indemnización mediante nuestro acuerdo con las regulaciones de HIPAA.

**18. Si la revelación es específicamente requerida de cualquier otra forma por la ley.**

**C. Ciertos Usos y Revelaciones Requieren que Tengas la Oportunidad de Objetar. Revelaciones a la familia, amigos y a otros.** Podemos proporcionar tu PHI, si no te opones parcial o totalmente, al miembro de la familia, amigo u otro individuo que designes por escrito como responsable de tu cuidado y del pago por los servicios para tu salud. Consentimientos retroactivos pueden obtenerse en situaciones de emergencia.

**D. Usos y Revelaciones Requieren Tu Previa Autorización por Escrito.** En cualquier otra situación no descrita en las Secciones IIIB y IIIC precedentes, nosotros requeriremos tu autorización por escrito antes de usar o revelar cualquier cosa de tu PHI. Aun si has firmado una autorización para revelar tu PHI, puedes revocarla por escrito para prohibir cualquier uso o revelaciones **futuras** de tu PHI por ASF.

#### **IV. CUALES DERECHOS TIENES RELACIONADOS CON TU PHI** **Estos son tus derechos con respecto a tu PHI:**

**A. El Derecho de Ver y Obtener Copias de Tu PHI.** En general tienes el derecho de ver tu PHI que está en nuestro poder u obtener copias de ella; sin embargo, las debes solicitar por escrito. Si no tenemos tu PHI pero sabemos quien la tiene, te diremos cómo obtenerla. Recibirás una respuesta de ASF durante los 30 días siguientes a que recibamos tu solicitud por escrito. Bajo ciertas circunstancias podremos sentir que te debemos negar tu solicitud, en ese caso te explicaremos por escrito la razón de la negativa. También te explicaremos tu derecho a obtener una revisión de nuestra negativa.  
Si solicitas copias de tu PHI, ASF no te cobrará más de \$.25 por página. Anticipadamente podemos ver la posibilidad de proporcionarte un resumen o explicación de tu PHI pero sólo si estás de acuerdo tanto en esto como en el costo.

**B. El Derecho a Solicitar Límites en los Usos y las Revelaciones de Tu PHI.**

Tienes el derecho a pedir que limitemos el uso de la revelación de tu PHI. Mientras estemos considerando tu solicitud no estamos obligados legalmente a estar de acuerdo. Si estamos de acuerdo con tu solicitud, pondremos esos límites por escrito y nos sujetaremos a ellos excepto en situaciones de emergencia. No tienes derecho a limitar los usos y las revelaciones a las que estamos autorizados legalmente.

**C. El Derecho de Escoger Cómo Enviarte Tu PHI.** Es tu derecho pedir que tu PHI te sea enviado a algún domicilio alternativo (por ejemplo, enviar la información al domicilio de tu trabajo en lugar del de tu hogar), o por un método alternativo (por ejemplo, vía e-mail en lugar del correo regular). Estamos obligados a acceder a tu petición para darte tu PHI en la forma que lo requieras, sin inconvenientes injustos.

**D. El Derecho a Obtener una Lista de las Revelaciones que Hemos Hecho.** Tienes derecho a una lista de las revelaciones que hemos hecho sobre tu PHI. La lista no incluye los usos y revelaciones hechas a las personas que has autorizado con anterioridad, por ejemplo, aquellos que has autorizado como responsables por tu tratamiento, pagos o por el funcionamiento de los servicios para tu salud, o las copias ya enviadas directamente a ti o a tu familia; la lista tampoco incluirá revelaciones hechas con propósitos de seguridad nacional, al personal de corrección o procuradores del cumplimiento de la ley, o revelaciones hechas antes del 15 de abril de 2003. Después de abril de 2003, los expedientes de las revelaciones serán retenidos por seis años. Responderemos a tu solicitud dentro de los 60 días siguientes a la fecha de ser recibida. La lista que te daremos incluirá revelaciones hechas durante los seis años previos, (el primer periodo de seis años sería 2003-2009) a menos que indiques un periodo más corto. La lista incluirá la fecha de la revelación, a quién se le hizo (incluyendo el domicilio si se sabe), una descripción de la información revelada y la razón de la revelación. Te proporcionaremos la lista sin costo para ti, a menos que hagas más de una solicitud durante el mismo año, en cuyo caso, ASF te hará un cargo razonable basado en una tarifa sobre cada solicitud realizada.

**E. El Derecho a enmendar tu PHI.** Si piensas que existe algún error en tu PHI o que alguna información importante ha sido omitida, es tu derecho solicitar a ASF que corrija la información existente o añada lo faltante. Tu solicitud y la razón de la misma debe ser por escrito. Recibirás una respuesta dentro de los 60 días siguientes a la fecha de recepción de tu solicitud. En caso de que: la PHI (a) esté completa y correcta, (b) esté prohibida la revelación, (c) no forma parte de nuestros expedientes, (d) esté escrita por alguien ajeno a ASF; podremos contestar en forma negativa a tu solicitud. Nuestra negativa deberá ser por escrito y contener las razones de la negativa. Esta deberá explicar asimismo, tu derecho a presentar por escrito una objeción a nuestra negativa. Si presentas una objeción aún tienes el derecho de pedir que tu solicitud y nuestra negativa se anexas a cualquier revelación futura. Si aprobamos tu solicitud, haremos los cambios a tu

PHI. Adicionalmente te diremos que los cambios han sido hechos y los comunicaremos a todos quienes necesiten conocer los cambios a tu PHI.

**F. El Derecho a Recibir esta Nota por E-mail.** Tienes el derecho a recibir esta Nota por e-mail. También tienes el derecho de solicitar una copia en papel.

#### **V. COMO HACER UNA QUEJA POR LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE LA ASF**

Si en tu opinión, nosotros hemos violado tus derechos de privacidad, o si objetas alguna decisión que hemos hecho sobre el acceso a tu PHI, tienes derecho a presentar una queja con las personas en la lista en la siguiente sección IV. También puedes mandar una queja por escrito a la Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) En el 50 United Nations Plaza, Room 322, San Francisco, CA 94102. Si presentas una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, no tomaremos ninguna clase de represalias contra ti.

#### **VI. PERSONAS POR CONTACTAR PARA INFORMACION SOBRE ESTA NOTIFICACION O PARA QUEJARSE SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE ASF**

Si tienes alguna pregunta sobre esta Nota o alguna queja sobre nuestras prácticas de privacidad, o para saber cómo presentar una queja a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, por favor contacta al Oficial de Privacidad de ASF:

Scott Blaisdell  
17982 Sky Park Circle, Suite J  
Irvine, CA 92614-6408  
(949) 809-5700  
[HIPAA@ocasf.org](mailto:HIPAA@ocasf.org)



**NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD:**

**ACUSE DE RECIBO**

Al firmar esta forma, acusas recibo de la *Nota de Prácticas de Privacidad*. Nuestra *Nota de Privacidad* proporciona información sobre cómo podemos usar y revelar tu información médica. Te alentamos a leerla completa y cuidadosamente.

Nuestra *Nota sobre Prácticas de la Privacidad* está sujeta a cambios. Si cambiamos nuestra Notificación, puedes obtener una copia de la Nota revisada contactando al Oficial de Privacidad designado por ASF, o accediendo a la copia revisada en el sitio de Internet WWW.OCASF.ORG.

Si tienes alguna pregunta sobre esta *Nota sobre Prácticas de la Privacidad* por favor contacta al Oficial de Privacidad de ASF:

Scott Blaisdell  
17982 Sky Park Circle, Suite J  
Irvine, CA 92614-6408  
(949) 809-5700  
[HIPAA@ocasf.org](mailto:HIPAA@ocasf.org)

Acuso recibo de la *Nota de Prácticas de la Privacidad*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

IMPOSIBILIDAD DE OBTENER ACUSE DE RECIBO para ser completado sólo por el personal de ASF si la firma no se obtuvo.

Por favor describe de buena fe los esfuerzos hechos para obtener el acuse de recibo del cliente y las razones por las que no se obtuvo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Personal de ASF)

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Personal de ASF)