

**AMERICAN INDIAN HEALTH & SERVICES
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ACUSE DE RECIBO

Al firmar este formulario, usted reconoce haber recibido el "Aviso de prácticas de privacidad" del American Indian Health & Services (AIHS). Nuestro "Aviso de Privacidad" le indica cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida (PHI). Le recomendamos que lo lea en su totalidad. El siguiente es un resumen de las razones por las que podemos usar o divulgar su información:

Podemos utilizar su información médica para proporcionarle tratamiento médico, y para organizar y coordinar su atención médica; para recibir pago por nuestros servicios; y llevar a cabo nuestras operaciones de cuidado de la salud, incluyendo garantizar calidad, la recaudación de fondos, y la administración general. Podemos revelar su información de salud por una variedad de fines de interés público, según lo requiera o permita la ley. Obtendremos su autorización por escrito para usar o divulgar su información de salud para fines distintos. Hay circunstancias en las que la información sobre su salud no será compartida a menos que entregue su permiso previamente para que ésta pueda ser compartida; por ejemplo, cuando usted recibe servicios de una agencia de tratamiento de abuso de sustancias.

Podemos cambiar nuestro "Aviso de prácticas de privacidad". Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia del aviso modificado poniéndose en contacto con nosotros al teléfono (805) 681-7356. Si desea presentar una queja en relación con el uso, la divulgación o el acceso a su PHI, usted puede presentar una queja por escrito a AIHS en 4141 State Street, Ste. B-11, Santa Barbara, CA 93110 o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. La presentación de una queja no afectará el estatus de los pacientes con o al cuidado de AIHS.

Reconozco haber recibido una copia de "Aviso de prácticas de privacidad" del American Indian Health & Services.

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____
(Paciente / Representante Legal)

Si es firmado por alguien que no sea el paciente, indique la relación: _____

Nombre en letra de molde: _____
(Representante legal)

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

INCAPACIDAD PARA OBTENER UN ACUSE DE RECIBO

Complete solo si no obtuvo la firma. Si no es posible obtener el reconocimiento de la persona, describa los esfuerzos de buena fe realizados para recibir el reconocimiento de la persona, que finalmente no se obtuvieron.

Razones por las cuales no se pudo obtener el reconocimiento.

_____ El paciente se negó a firmar este Reconocimiento a pesar de que se le pidió hacerlo y el paciente recibió el aviso de privacidad.

_____ Otro: _____

Fecha: _____ Hora: _____ Rep AIHS: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA. POR FAVOR LEA ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE

American Indian Health & Services (AIHS, por sus siglas en inglés) y sus empleados están dedicados a mantener la privacidad de su información personal de salud (PHI, por sus siglas en inglés), como lo exigen las leyes federales y estatales aplicables. Estas leyes requieren que le entreguemos este Aviso de Prácticas de Privacidad, además de informarle sus derechos y nuestras obligaciones relacionadas con la información médica protegida, o PHI, que es la información que le identifica y se refiere a su estado de salud física o mental. Además estamos obligados a seguir las prácticas de privacidad que se describen a continuación, durante la vigencia de este Aviso. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generada o mantenidos por AIHS.

A. DIVULGACIONES PERMITIDAS PARA SU PHI. Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en las que podemos usar y revelar su información médica. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones en una categoría. Sin embargo, todas las maneras en que se nos permite usar y divulgar información estarán dentro de una de las categorías. Podemos divulgar su PHI por las siguientes razones:

1. **TRATAMIENTO.** Podemos divulgar su PHI a un médico u otro profesional de la salud que le proporcione tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica a los médicos, profesionales de la salud mental, enfermeras, técnicos o personal que se encuentre involucrado en la administración de su cuidado. Los diferentes departamentos de AIHS pueden compartir información médica suya con la finalidad de coordinar los diferentes elementos, como recetas, análisis de laboratorio, asesoramiento en nutrición y de salud mental.
2. **PAGO.** Podemos divulgar su PHI para facturar y cobrar por los servicios que le entreguemos. Por ejemplo, podemos enviarle una factura a usted o a un tercero por la prestación de nuestros servicios. La factura puede contener información que lo identifique, su diagnóstico y los procedimientos y materiales utilizados. Es posible que tengamos que revelar esta información a las compañías de seguros para establecer su elegibilidad a los beneficios del seguro. También podemos proporcionar su PHI a nuestros socios de negocios, como compañías de facturación, compañías de procesamiento de reclamos y otras que procesan nuestros reclamos de atención médica.
3. **OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA.** Podemos revelar su PHI en relación con nuestras operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación de calidad, revisión de la competencia o cualificación de los profesionales de la salud, evaluación de desempeño de los proveedores, y otras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar información médica para comunicarnos con usted para recordarle que una cita para recibir tratamiento en AIHS. Podemos utilizar su PHI para evaluar los

servicios de atención médica que ha recibido. También podemos proporcionar su PHI a contadores, abogados, consultores y otros para garantizar nuestro cumplimiento con las leyes que nos rigen. También podemos eliminar información que lo identifique de un conjunto de registros para que otros lo puedan usar con el fin de evaluar la atención médica y la prestación de atención médica sin conocer la identidad del paciente.

4. **TRATAMIENTO DE EMERGENCIA.** Podemos revelar su PHI si necesita tratamiento de emergencia o si no puede comunicarse con nosotros.
5. **FAMILIARES Y AMIGOS.** Podemos revelar su PHI a un miembro de su familia, un amigo o cualquier otra persona que se identifique como una persona implicada en su cuidado o el pago de la atención, a menos que usted se oponga por escrito.
6. **REQUERIDO POR LA LEY.** Podemos revelar su PHI con fines de la aplicación de la ley y según lo requiere la ley estatal o federal. Por ejemplo, la ley puede exigirnos reportar los casos de abuso, negligencia o violencia doméstica; reportar ciertas lesiones tales como heridas de bala; o divulgar la PHI para ayudar a la policía a localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida. Le informaremos a usted o su representante, en caso de divulgar su PHI porque creemos que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, a menos que se determine que informarle a usted o su representante lo colocaría en situación de riesgo.
7. **DEMANDAS Y DISPUTAS.** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, nosotros podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una petición de descubrimiento, citación u otro proceso legal por otra parte involucrada en la disputa, pero solamente si hemos hecho un esfuerzo para informarle de la solicitud (la cual podemos incluir en un aviso por escrito) o para obtener una orden para proteger la información solicitada.
8. **AMENAZA GRAVE A LA SALUD O LA SEGURIDAD.** Podemos revelar su PHI si los consideramos necesario para evitar una amenaza grave para la salud y seguridad suya o del público.
9. **SALUD PÚBLICA.** Podemos revelar su PHI para la salud pública u otras autoridades encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades o esté encargada de la recolección de datos de salud pública.
10. **ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN DE LA SALUD.** Podemos revelar su PHI a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades incluyen auditorías; investigaciones o procedimientos civiles, administrativas o penales; inspecciones; licencias o medidas disciplinarias; u otras actividades necesarias para la supervisión del sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
11. **ACTIVIDADES PARA RECAUDAR FONDOS.** Podemos utilizar la información sobre el usuario o revelar dicha información a una fundación relacionada con AIHS, ponernos en contacto con usted con la finalidad de recaudar dinero para AIHS y sus operaciones. En tales casos, sólo se entregaría la información de contacto, tal como su nombre, dirección y número de teléfono y las fechas de su tratamiento o

servicios recibidos en AIHS. Usted tiene derecho de optar por no recibir comunicaciones con el fin de recaudar fondos. Si recibe una comunicación de recaudación de fondos, le dirá cómo optar por no recibirlas o puede hacerlo por escrito a la dirección indicada al final de este Aviso.

12. **INVESTIGACIÓN.** Podemos revelar su PHI para ciertos propósitos de investigación, pero sólo si tenemos protecciones y protocolos que garanticen la privacidad de su PHI.
13. **COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES.** Podemos revelar su PHI para cumplir con las leyes de compensación para trabajadores u otros programas similares.
14. **ACTIVIDADES GUBERNAMENTALES ESPECIALIZADAS.** Si usted es militar activo o un veterano, podemos revelar su PHI cuando sea necesario divulgar la PHI a funcionarios federales autorizados para la realización de otras actividades de seguridad nacional o de inteligencia.
15. **DONACIÓN DE ÓRGANOS.** Si usted es un donador de órganos, o no ha indicado que no desea ser donador, podremos divulgar su PHI a organizaciones que recolectan órganos para facilitar la donación de ojos, órganos o tejido y el trasplante.
16. **MÉDICOS FORENSES, DIRECTORES DE FUNERARIAS.** Podemos revelar su PHI a médicos forenses con el fin de identificar a una persona fallecida o determinar la causa de muerte, y a los directores de funerarias para que puedan realizar sus funciones.
17. **ALIVIO DE DESASTRES.** A menos que usted se oponga, podemos revelar su PHI a una agencia gubernamental o entidad privada (como FEMA o la Cruz Roja) para asistir en las tareas de socorro.

B. DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

1. **DE LO CONTRARIO NO PERMITIDAS.** En cualquier otra situación no descrita en la Sección A anterior, no podemos revelar su PHI sin su autorización por escrito.
2. **NOTAS DE PSICOTERAPIA.** Las notas de psicoterapia se refiere a notas registradas por un profesional de la salud mental que documenta o analiza el contenido de una conversación durante una sesión de asesoría privada o en grupo, asesoría conjunta o familiar y que están separadas del resto del historial médico de la persona. Las notas de psicoterapia excluyen las recetas de medicamentos y el monitoreo, inicio de la sesión de asesoría y su término, las modalidades y la frecuencia de los tratamientos proporcionados, los resultados de las pruebas clínicas y cualquier resumen de los siguientes elementos: el diagnóstico, estado funcional, el plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y progreso hasta la fecha. Debemos recibir su autorización por escrito para divulgar las notas de psicoterapia, a excepción de ciertas actividades de tratamiento, pago o atención médica. Podemos divulgar sus notas de psicoterapia según lo requiere la ley.
3. **COMERCIALIZACIÓN Y VENTA DE PHI.** Debemos recibir su autorización por escrito para cualquier divulgación de su PHI para fines de marketing o cualquier divulgación que sea una venta de PHI.

C. SUS DERECHOS

1. **DERECHO A RECIBIR UNA COPIA IMPRESA DE ESTE AVISO.** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso.
2. **DERECHO DE ACCESO A LA PHI.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su PHI durante el tiempo que mantengamos su registro médico. Esto incluye registros médicos y de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia. Usted debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso al Oficial de Privacidad en la dirección indicada al final de este aviso. Podemos cobrarle una tarifa razonable por la tramitación de su solicitud y la copia de su registro médico de conformidad con el Estado de California. En ciertas circunstancias, podemos rechazar su solicitud de acceso a su PHI, y usted puede solicitar que reconsideremos nuestra negativa. Dependiendo de la razón de la negativa, otro profesional de la salud autorizado elegido por nosotros puede revisar su solicitud y la negativa.
3. **DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES.** Usted tiene derecho a solicitar una restricción al uso o divulgación de su PHI a los efectos de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica, exceptuando en el caso de una emergencia. Usted también tiene el derecho de solicitar restringir la información que revelamos a un miembro de su familia o un amigo que esté involucrado en su cuidado o el pago de su cuidado. Sin embargo, no estamos obligados por ley a aceptar dicha restricción y AIHS no está obligado a notificar a otros profesionales de la salud de estas restricciones.
4. **DERECHO DE RESTRINGIR LA DIVULGACIÓN DE LOS SERVICIOS PAGADOS POR USTED EN SU TOTALIDAD.** Usted tiene el derecho de restringir la divulgación de su PHI a un plan de salud si la PHI se refiere a servicios de salud por los que usted pagó en su totalidad directamente a nosotros.
5. **DERECHO A SOLICITAR UN CAMBIO.** Usted tiene el derecho a solicitar que se cambie su PHI si usted cree que es incorrecta o incompleta, por el tiempo que mantenemos su registro médico. Podemos rechazar su solicitud de cambio si (a) no hemos creado la PHI, (b) no es la información que tenemos, (c) no es información que se le permite inspeccionar o copiar (por ejemplo, notas de psicoterapia), o (d) determinamos que la PHI es exacta y completa.
6. **DERECHO A UN INFORME DE DIVULGACIONES.** Usted tiene el derecho de solicitar un informe de las divulgaciones de su PHI realizadas por nosotros (diferentes a las realizadas con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica) durante los 6 años anteriores a la fecha de su solicitud. Usted debe presentar una solicitud por escrito para la rendición de cuentas, especificando el periodo de tiempo para la contabilidad, al Oficial de Privacidad a la dirección indicada al final de este aviso.

7. **DERECHO A COMUNICACIONES CONFIDENCIALES.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comunicamos con usted acerca de su PHI a través de ciertos medios o en ciertos lugares. Por ejemplo, puede especificar que le llamamos sólo a su número de teléfono de casa, y no a su número de teléfono de trabajo. Usted debe hacer una solicitud por escrito, especificando cómo y dónde podemos comunicarnos con usted, al Oficial de Privacidad a la dirección indicada al final de este aviso.

8. **DERECHO DE AVISO DE INCUMPLIMIENTO.** Usted tiene el derecho a ser notificado si nosotros o uno de nuestros socios de negocios nos percatamos de una violación a la seguridad de su PHI.

D. CAMBIOS A ESTE AVISO. Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento de acuerdo con la ley correspondiente. Antes de un cambio sustancial a este Aviso en relación con los usos o divulgaciones de su PHI, sus derechos o nuestros deberes, revisaremos y distribuiremos este aviso.

E. ACUSE DE RECIBO DEL AVISO. Le pediremos que firme un acuse de recibo este Aviso.

F. PREGUNTAS Y QUEJAS. Si desea obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o inquietudes, por favor, póngase en contacto con nosotros. Si usted está preocupado de que hayamos violado sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con una decisión que tomemos con respecto al uso, divulgación o acceso a su PHI, puede quejarse con nosotros poniéndose en contacto con el Oficial de Privacidad a la dirección y número de teléfono que aparecen al final de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Le entregaremos la dirección para presentar un reclamo o solicitud de este tipo.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su PHI. No tomaremos represalias de ninguna clase si decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Por favor, dirija sus preguntas o quejas a:

Oficial de Privacidad/Cumplimiento
American Indian Health & Services
4141 State Street, Suite B-11
Santa Barbara, CA 93110
(805) 681-7356