

## **American Indian Health and Services Corporation Notice of Privacy Practices**

### **2013 – AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Como Lo ordenan las Regulaciones de Privacidad Creadas como Resultado de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de 1996 (HIPAA)

**ESTE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD (ESTE “AVISO”) DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR LA INFORMACION SOBRE SU SALUD (COMO PACIENTE DE ESTE CONSULTORIO) Y COMO PUEDE USTED TENER ACCESO A LA INFORMACION PROTEGIDA SOBRE SU SALUD.**

### **FAVOR DE LEER ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE**

#### **A. NUESTRO COMPROMISO CON SU PRIVACIDAD**

Cada vez que usted visita nuestra oficina, se toma nota que usted hizo una visita. Normalmente, esta anotación contiene sus síntomas, los exámenes y los resultados de los análisis, el diagnóstico, el tratamiento, un plan para cuidados futuros y la información relacionada a los cobros. Este aviso es aplicable a toda la información protegida sobre la salud (“información protegida sobre la salud”) en la información sobre su cuidado médico llevado a cabo por estas oficinas. American Indian Health & Services Corporation (“AIH&S”) está enfocada en mantener la privacidad de la información protegida sobre su salud. La Ley nos obliga a mantener la confidencialidad de la información protegida de salud que lo identifica a usted. También estamos obligados por la Ley a proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y de las prácticas que seguimos en esta oficina, concernientes a la información protegida sobre su salud. Tanto por ley federal, como estatal, debemos seguir los términos del Aviso en efecto en ese momento.

Comprendemos que estas leyes son complicadas, pero debemos proporcionarle la siguiente información, pues es importante:

- Cómo podemos utilizar y revelar la información protegida sobre su salud.
- Sus derechos sobre privacidad y la información protegida sobre su salud; y
- Nuestras obligaciones relacionadas con el uso y la revelación de la información protegida sobre su salud.

**Los términos de este Aviso son aplicables a toda la información que contenga la información protegida sobre su salud, que sea creada o mantenida en nuestra oficina. Nos reservamos el derecho de revisar o modificar este Aviso.**

**Cualquier revisión o modificación a este Aviso será efectiva para toda su información mantenida o creada en nuestra oficina en el pasado y para cualquier información que hagamos o mantengamos en el futuro. Nuestra oficina exhibirá una copia de nuestro Aviso vigente en un lugar visible todo el tiempo y usted podrá solicitar, en cualquier momento, una copia de el Aviso más reciente que tengamos.**

#### **B. SI TIENE USTED PREGUNTAS SOBRE ESTE AVISO, FAVOR DE LLAMAR A:**

**AIH&S, Director of Operations, 4141 State Street, Santa Barbara CA 93110; 805-681-7356**

## American Indian Health and Services Corporation Notice of Privacy Practices

### C. PODRIAMOS UTILIZAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE SU SALUD EN LAS FORMAS QUE A CONTINUACION SE DESCRIBEN.

#### La Información Protegida sobre su Salud

Nosotros guardamos información protegida sobre su salud a través de tratamientos, pagos y operaciones relacionadas con el cuidado de su salud, de los procesos de solicitud y registro y/o de otros proveedores de servicios de salud o de planes de cuidado de la salud o a través de otros medios, según sea aplicable. La información protegida sobre su salud incluye cualquier información que es creada o recibida en forma oral, escrita o electrónicamente por ciertas entidades de cuidado de la salud, incluyendo proveedores de cuidados de salud, tales como médicos y hospitales, así como compañías o planes de seguros médicos. La ley protege específicamente la información sobre la salud que contiene datos consistentes en los identificadores, descritos en las Reglas de Privacidad de HIPAA, la cual incluye, pero no se limita a su nombre, dirección, número de seguro social, fecha de nacimiento y otra información que podría utilizarse para identificarle a usted como un paciente individual que está asociado con dicha información de salud.

#### Usos o revelación de la Información Protegida sobre su Salud.

La siguiente información describe las distintas formas en que podríamos utilizar y revelar la información protegida sobre su salud.

- 1) Tratamiento.** Podríamos utilizar la información protegida sobre su salud para darle tratamiento. Por ejemplo, podríamos pedirle que se haga unos análisis de laboratorio (como de sangre u orina) y podríamos utilizar los resultados para ayudarnos a llegar a un diagnóstico. Podríamos utilizar la información protegida sobre su salud para poder darle una receta o para darle la información protegida sobre su salud a una farmacia al ordenar una receta para usted. Muchas de las personas que trabajan en nuestra oficina – incluyendo, pero sin limitarse a nuestros doctores y enfermeras – podrían utilizar o revelar la información protegida de su salud para poder tratarle o para ayudar a otras personas en su tratamiento. Además, podríamos revelar la información protegida sobre su salud a otras personas que pudieran ayudar en el cuidado de su salud, tales como su conyuge, hijos o parientes.
- 2) Pagos.** Nuestra oficina podría utilizar y revelar la información protegida sobre su salud para poder enviarle la factura y cobrar el pago por los servicios y artículos que usted podría recibir de nosotros. Por ejemplo, podríamos contactar a su seguro médico (aseguranza) para certificar que usted es elegible para los beneficios (y hasta qué punto) y podríamos darle a su seguro médico los detalles correspondientes a su tratamiento para determinar si su seguro lo cubrirá o si pagará por dicho tratamiento. También podríamos utilizar y revelar la información protegida sobre su salud para obtener el pago que haga una tercera parte que podría ser responsable de cubrir dichos costos, como cualquiera de sus familiares. De igual manera, podríamos utilizar la información protegida sobre su salud para cobrarle a usted directamente por los servicios y/o artículos recibidos.
- 3) La Operación de Nuestro Negocio.** Nuestra oficina podría utilizar y revelar la información protegida sobre su salud para poder operar nuestro negocio. Como ejemplos de las formas en que podríamos utilizar y revelar la información protegida sobre su salud están: la evaluación de la calidad de servicio que usted recibe de nosotros o para llevar a cabo un buen manejo de los costos y para planear las actividades de nuestro negocio.

## **American Indian Health and Services Corporation Notice of Privacy Practices**

- 4) **Revelar información a Amigos/Parientes.** Nuestra oficina podría revelar la información protegida sobre su salud a un pariente o amigo que lo vaya a cuidar o a quien va a ayudar a cuidarle. Por ejemplo, un padre o guardián podría pedirle a una niñera que lleve a su hijo al consultorio del pediatra para recibir tratamiento para un resfriado. En este ejemplo, la niñera podría tener acceso a la información médica de ese niño. El Padre/Guardián deberá dar dicha autorización por escrito.
- 5) **Revelaciones a las que nos Obliga la Ley.** Nuestra oficina podría utilizar y revelar la información protegida sobre su salud cuando la ley federal, estatal, local o cualquier otra ley, que no aparezca en este Aviso, así lo determine.
- 6) **Alternativas para el Tratamiento.** Podríamos utilizar y revelar la información protegida sobre su salud para manejar y coordinar el cuidado de su salud y para informarle a usted de las alternativas en cuanto al tratamiento que pudieran ser de interés para usted. Esto podría incluir el informarle sobre tratamientos, servicios, productos y/o diferentes proveedores de cuidados para la salud.
- 7) **Recordatorios de las Citas.** Podríamos utilizar y revelar la información protegida sobre su salud para proporcionarle recordatorios sobre sus citas para tratamiento o para consultas en AIH&S.
- 8) **Negocios Asociados.** Existen algunos servicios proporcionados a AIH&S a través de contratos con otros negocios asociados. Cuando estas terceras partes son contratadas para dar servicios por AIH&S, podríamos revelar la información protegida sobre su salud a dichas compañías para que éstas puedan llevar a cabo el trabajo que les pedimos que hagan. Sin embargo, para proteger la información protegida sobre su salud, requerimos que dichas terceras partes, considerados negocios asociados, guarden de manera apropiada la información protegida sobre su salud.
- 9) **Cualquier otra situación, con su autorización específica.** Excepto en los casos permitidos o requeridos, como aparece descrito arriba, no podríamos utilizar o revelar la información protegida sobre su salud sin su autorización por escrito. Es más, se nos obliga a utilizar o a revelar la información protegida sobre su salud en forma consistente con los términos de su autorización. Usted puede revocar, por escrito, su autorización para utilizar o revelar cualquier información protegida sobre su salud en cualquier momento, excepto en los casos en que ya hayamos tomado alguna acción basándonos en dicha autorización o, si usted dió su autorización como una condición para obtener cobertura del seguro médico

### **D) USO Y REVELACIÓN DE LA INFORMACION PROTEGIDA SOBRE SU SALUD EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES**

Las siguientes categorías describen los únicos escenarios en los que podríamos utilizar o revelar la información protegida sobre su salud:

- 1) **Riesgos a la Salud Pública.** Nuestra oficina podría revelar la información protegida sobre su salud a las autoridades de salud, las cuales están autorizadas por la ley para recopilar información con los siguientes propósitos:

- ◆ **Mantener información vital, tales como nacimientos y muertes**
- ◆ **Reportar casos de abuso o negligencia a menores;**
- ◆ **Prevención o control de una enfermedad, lastimadura o incapacidad;**
- ◆ **Notificar a una persona sobre la exposición potencial a una enfermedad contagiosa**
- ◆ **Notificar a una persona sobre el riesgo potencial de diseminación o contagio de una enfermedad o condición**
- ◆ **Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos o aparatos**
- ◆ **Notificar a las personas si un producto o aparato que están utilizando ha sido retirado del Mercado**

## American Indian Health and Services Corporation Notice of Privacy Practices

- ◆ **Notificar a las agencias gubernamentales apropiadas y a las autoridades, sobre el abuso o negligencia potencial causada a un paciente adulto (incluyendo violencia doméstica); sin embargo, solo revelaremos esta información si el paciente está de acuerdo o si estamos obligados o autorizados por la ley para revelar dicha información o,**
- ◆ **Notificar a su patrón, en ciertas circunstancias relacionadas principalmente a lastimaduras en el trabajo o enfermedades o a vigilancia médica.**

- 2) **Actividades para Supervisar la Salud.** Nuestra oficina podría revelar la información protegida sobre su salud a una agencia que supervise las actividades autorizadas por la ley. Estas actividades pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorías, encuestas, licencias y acciones disciplinarias; procesos o acciones civiles, administrativos y criminales; u otras actividades necesarias para que el gobierno monitoree los programas gubernamentales, el cumplimiento con las leyes de derechos civiles y el Sistema de Salud en general.
- 3) **Demandas y Procesos Similares.** Nuestra oficina podría utilizar y revelar la información protegida sobre su salud para responder a una orden administrativa o del tribunal, si usted está involucrado en una demanda o en un proceso similar. También podríamos revelar la información protegida sobre su salud para responder a la petición para descubrir información, para responder a un citatorio o a cualquier otro proceso legal, por otra parte involucrada en dicha disputa, pero solo cuando hayamos llevado a cabo todos los esfuerzos posibles para informarle a usted de dicha petición o para obtener una orden que proteja la información que dicha parte ha solicitado.
- 4) **Agencias de la Ley.** Podríamos revelar la información protegida sobre su salud cuando un oficial, representando a la ley, nos lo solicite:
- a. En relación a la víctima de un delito, en ciertas situaciones, si no podemos obtener la autorización de la persona
  - b. En relación a la muerte que consideramos ha sido el resultado de una conducta criminal;
  - c. En relación a una conducta criminal llevada a cabo en nuestras oficinas;
  - d. En respuesta a una orden para obtener información, emitida por el tribunal de justicia o por cualquier otro proceso legal;
  - e. Para identificar/localizar a un sospechoso, a un testigo material, a un fugitivo o a una persona desaparecida; o
  - f. En caso de una emergencia, para reportar un delito (incluyendo la ubicación o las víctimas de dicho delito, o su descripción, identidad o la ubicación de quién cometió el delito).
- 5) **Pacientes Muertos.** Nuestras oficinas podrían revelar la información protegida sobre su salud a un examinador o médico forense para identificar a una persona muerta o para identificar la causa de la muerte. De ser necesario, también podríamos revelar dicha información para que los directores de los funerals puedan llevar a cabo su trabajo.
- 6) **Donación de órganos y tejidos.** Nuestras oficinas podrían revelar la información protegida sobre su salud a organizaciones que manejan donaciones de órganos, de ojos o trasplantes de tejidos, incluyendo bancos de donación de órganos, según sea necesario, para facilitar la donación de órganos o tejidos y los trasplantes, en caso que usted sea un donador de órganos.
- 7) **Investigación.** Nuestras oficinas podrían utilizar y revelar la información protegida sobre su salud para efectos de investigación en ciertas y limitadas circunstancias. Obtendremos su autorización por escrito para utilizar la información protegida sobre su salud para efectos de investigación excepto cuando: (a) nuestro uso o la revelación

## **American Indian Health and Services Corporation Notice of Privacy Practices**

haya sido revisada y aprobada por un grupo especial designado dentro de la institución o por un grupo experto en Privacidad; (b) obtendremos el acuerdo verbal o por escrito de un investigador sobre que (i) la información que se busca es necesaria para la investigación del estudio; (ii) el uso o revelación de la información protegida sobre su salud será utilizado únicamente para la investigación y (iii) cuando el investigador no se llevará ninguna parte de la información protegida de su salud de nuestras oficinas; o (c) la información protegida de salud que necesita el investigador únicamente se relaciona a los descendientes y el investigador está de acuerdo, ya sea verbalmente o por escrito, que el uso o la revelación de dicha información es necesaria para la investigación y, que si se lo solicitamos, nos proporcionará una prueba de la muerte antes de darle acceso a la información protegida de la salud de los descendientes.

- 8) **Una Amenaza Seria a la Salud o a la Seguridad.** Nuestras oficinas podrían utilizar y revelar la información protegida sobre su salud cuando sea necesaria para reducir o prevenir una seria amenaza a su salud y a su seguridad o a la seguridad o salud de otra persona o del público en general. Bajo tales circunstancias, haremos únicamente la revelación a la persona o a la organización que tenga la capacidad de eliminar dicha amenaza.
- 9) **Militares.** Nuestras oficinas podrían revelar la información protegida sobre su salud si usted es miembro de las fuerzas militares de los EE.UU. o de otro país (incluyendo a los veteranos) y si las autoridades adecuadas nos la solicitan.
- 10) **Seguridad Nacional.** Nuestras oficinas podrían revelar la información protegida sobre su salud a los oficiales federales, debido a inteligencia y a actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley. También podríamos revelar la información protegida sobre su salud a oficiales federales para proteger al Presidente, a otros oficiales del gobierno de este país o a los líderes de otras naciones o para llevar a cabo investigaciones.
- 11) **Presos.** Nuestras oficinas podrían revelar la información protegida sobre su salud a las instituciones correccionales o a los oficiales de las agencias de la ley si usted es un preso o si se encuentra bajo la custodia de un oficial de la ley. La revelación hecha con estos propósitos sería necesaria: (a) para que la institución le proporcione a usted servicios de salud, (b) para la seguridad de la institución y/o (c) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas.
- 12) **Compensación para los Trabajadores.** Nuestras oficinas podrían revelar la información protegida sobre su salud para la compensación de los trabajadores y para programas similares.
- 13) **Notificación de Irregularidad en la protección de su información.** Nuestras oficinas podrían utilizar o revelar la información protegida sobre su salud para proporcionar los avisos requeridos por la ley, en caso de un acceso o revelación no autorizada, de la información protegida sobre su salud.

### **E. SUS DERECHOS EN RELACION A LA INFORMACION PROTEGIDA SOBRE SU SALUD**

Si bien no estamos obligados a aceptar cualquier restricción que se nos solicite, en caso que lo hagamos, estamos obligados a no utilizar o revelar la información protegida sobre su salud en violación a tal restricción, excepto en ciertas situaciones de emergencia. No aceptaremos ninguna solicitud para restringir el uso o la revelación a los que nos obliga la ley. Usted tiene los siguientes derechos en relación a la información protegida de la salud que guardamos sobre usted:

## American Indian Health and Services Corporation Notice of Privacy Practices

- 1) **Derecho a Solicitar Restricciones en el Uso o la Revelación.** Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y revelación de la información protegida sobre su salud. Usted puede solicitar restricciones sobre los siguientes usos y revelaciones: (a) de llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones para el cuidado de su salud; (b) la revelación de la información protegida de la salud de familiares, parientes o de amigos cercanos que sea directamente relevante a la salud de usted o sobre pagos relacionados al cuidado de su salud, condición general o muerte; (c) instancias en las cuales usted no está presente o en que su permiso no puede ser obtenido debido a su propia incapacidad o a una emergencia; (d) permitirle a otras personas actuar en su nombre para recoger medicamentos recetados, productos médicos, rayos-X u otras formas similares de información protegida sobre la salud; o (e) revelar a una entidad pública o privada, autorizada por la ley, o por su carácter específico, para ayudar en casos de desastre.
  
- 2) **Derecho de Solicitar Restricción en la Revelación de los Pago de Servicios de Salud Cubiertos por Completo al Momento del Servicio.** Usted tiene el derecho, bajo la Ley Americana de Reinversión y Recuperación, Sección 13405(a) para solicitar que AIH&S restrinja la revelación de la información protegida de salud a un seguro médico con el propósito de que haga el pago o la operación de servicios de salud si la información protegida de salud pertenece solamente a un rubro o servicio por el cual AIH&S ha sido pagado completamente, de su bolsillo, al momento del servicio.
  
- 3) **Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nuestras oficinas se comuniquen con usted en relación a su salud y otros asuntos relacionados, en forma determinada o en cierto lugar. Por ejemplo, usted podría pedir que se le contacte en su casa y no en la oficina. Para poder solicitar un tipo de comunicación confidencial, usted deberá hacer dicha solicitud por escrito al **Director de Operaciones**, especificando el método deseado para el contacto o el sitio en el que usted desea que se le contacte. Nuestras oficinas aceptarán las solicitudes **razonables**.
  
- 4) **Solicitud de Restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción para nuestro uso o revelación de la información protegida sobre su salud para el tratamiento, pago o para la operación de los cuidados de salud. Además, usted tiene el derecho de pedir que restrinjamos la revelación de la información protegida sobre su salud para que la hagamos solo con ciertas personas involucradas en su cuidado o con el pago por su cuidado, tales como familiares y amigos. **No estamos obligados a aceptar esta petición**; sin embargo, si la aceptamos, estamos obligados a hacer lo que usted pidió, excepto cuando la ley indique lo contrario, en emergencias o cuando la información es necesaria para darle tratamiento. Para poder solicitar una restricción en nuestro uso o revelación de la información protegida sobre su salud, usted deberá hacer su petición por escrito y tal petición deberá describir, de forma clara y concisa:
  - g. La información que usted desea restringir
  - h. Si usted desea que limitemos el uso en nuestras oficinas, la revelación que hagamos o ambas cosas y,
  - i. A quién desea usted que se le apliquen dichos límites.
  
- 5) **Inspección y Copias.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de la información protegida de salud que se puede utilizar para tomar decisiones sobre usted, incluyendo la información médica del paciente y la información de cobranzas, pero no incluye las notas de psicoterapia. Usted deberá presentar dicha petición por escrito dirigida a **AIH&S, Director of Operations, 4141 State Street, Santa Barbara CA 93110** para poder inspeccionar y/u obtener una copia de la información protegida sobre su salud.

## **American Indian Health and Services Corporation Notice of Privacy Practices**

Existe un cargo por el costo de las copias, los envíos por correo, tiempo de trabajo y suministros asociados con su petición. Podríamos no aceptar su petición de inspeccionar y/o hacer copias en ciertas circunstancias; sin embargo, usted podría solicitar una revisión a nuestra negativa. Otra persona con licencia en cuidados de la salud escogida por nosotros conducirá la revisión del caso. El conjunto de la información designada que le pertenece a usted, es un conjunto de información que mantenemos que incluye información médica y de cobros sobre usted, su inscripción, pagos, la adjudicación de sus peticiones y su caso o los sistemas de manejo de la información, según sea aplicable. Usted tiene el derecho de acceso para inspeccionar y obtener una copia de la información protegida sobre su salud contenida en su conjunto de información designada, excepto por (a) notas de psicoterapia, (b) información compilada con una anticipación razonable de, o para ser utilizada en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo y (c) información de salud mantenida por nosotros hasta el límite en que la previsión de acceso que usted puede tener quede prohibida por la ley. Podríamos solicitar peticiones por escrito. Nosotros debemos proporcionarle acceso a la información protegida sobre su salud en la forma o formato que usted lo requiera, si nos es posible dársela en dicha forma o formato o, de no ser así, en una copia impresa que pueda usted leer o en cualquier otra forma o formato que usted pueda leer. Le podríamos proporcionar un resumen de la información protegida sobre su salud solicitada, en lugar de proporcionarle acceso a la información protegida sobre su salud o le podríamos proporcionar una explicación de la información protegida sobre su salud a la que se le ha dado acceso, si usted acepta de antemano recibir ese resumen o explicación y está de acuerdo con las tarifas que se le cobren por dicho resumen o explicación. Nosotros le proporcionaremos acceso como usted lo solicite, a tiempo, incluyendo los arreglos para que usted pueda inspeccionar en un lugar y hora conveniente o para obtener las copias de la información protegida sobre su salud, conforme usted lo solicite. Discutiremos con usted el tipo, formato y otros aspectos de su solicitud de acceso según sea necesario para facilitar su acceso a tiempo. Si usted solicita una copia de la información protegida sobre su salud o si está usted de acuerdo con un resumen o explicación de dicha información, podríamos cobrarle un precio razonable por copias, envíos por correo, si usted solicita que algo se envíe por correo, así como el costo de preparación de una explicación o del resumen, según se haya acordado con anticipación. Nos reservamos el derecho de negarle acceso y copias de cierta información protegida de salud, según lo permita o requiera la ley. Trataremos de hacer acomodos razonables sobre cualquier petición de información protegida sobre la salud, hasta donde nos sea posible, dándole acceso a otra información protegida sobre la salud después de haber excluido la información sobre la que tengamos razones para negarle el acceso.

Cuando se niega una solicitud de acceso o una solicitud de información, le daremos un documento especificando las bases para nuestra negativa, una declaración de sus derechos y una descripción de cómo puede usted poner una queja. Si nosotros no mantenemos la información a la que usted ha solicitado acceso, pero sabemos dónde podría encontrar dicha información, le informaremos a dónde tiene usted que dirigir su petición de acceso. Si la información protegida sobre su salud es mantenida en un formato electrónico (conocido como una información médica electrónica sobre su salud) usted tiene el derecho de solicitar que se haga una copia electrónica de dicha información y que ésta sea transmitida a usted o a otra persona o entidad. Haremos todo lo que esté de nuestra parte para proporcionarle acceso a la información protegida sobre su salud en la forma o formato que usted solicite, si nos es posible producirla en dicha forma o formato. Si la información protegida sobre la salud no se puede producir en la forma o formato que usted solicita, dicha información le será proporcionada, ya sea en nuestro formato electrónico estándar o si usted no desea esta forma o formato, se le dará una copia en papel. Le podríamos cargar una cantidad razonable por el trabajo asociado con la transmisión de la información médica.

## American Indian Health and Services Corporation Notice of Privacy Practices

- 6) **Enmienda.** Usted tiene el derecho de solicitar que enmendemos la información protegida sobre su salud en la información que mantenemos sobre usted en el conjunto de información designada. Para solicitar una enmienda, su solicitud deberá ser hecha por escrito y presentada al **AIH&S Director of Operations, 4141 State Street, Santa Barbara, CA 93110**. Usted deberá proporcionarnos la razón en que apoya su petición de enmienda. Nuestras oficinas no aceptarán su petición si usted no presenta su petición (y la razón apoyando dicha petición) por escrito.

Tenemos el derecho de negar su solicitud de enmienda cuando: (a) determinemos que la información relacionada con su petición no fue creada por nosotros, a menos que usted nos proporcione una base razonable para creer que quien originó la información ya no está disponible para hacer la enmienda solicitada (b) la información no es parte del conjunto de información designada que nosotros mantenemos, (c) está prohibida la inspección de dicha información por la ley o (d) la información es correcta y está completa. Podríamos pedirle que presente peticiones por escrito y que proporcione una razón para apoyar la enmienda requerida. Si no aceptamos su petición, le daremos una carta en la que le diremos la base para nuestra negativa, su derecho para presentar un documento escrito en desacuerdo con nuestra negativa y una descripción sobre cómo puede usted presentar una queja con nosotros o con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (“dhhs”) de los EE.UU. Esta negativa también incluirá un aviso sobre el hecho que si usted no presenta una declaración de desacuerdo, usted podría solicitar que incluyamos su solicitud de enmienda y la negativa con cualquier otra revelación futura de la información protegida sobre su salud de la que trata la enmienda solicitada. Las copias de todas las solicitudes, negativas y declaraciones de desacuerdo serán incluidas en su conjunto de información designada. Si aceptamos su solicitud de enmienda, haremos cualquier esfuerzo razonable para informarle y proporcionarle la enmienda, en un tiempo razonable, a las personas que sabemos que tienen la información protegida sobre la salud que está sujeta a la enmienda y que podría ser pasada a otra persona, o en la que se podría confiar, en dicha información para su detrimento. Todas las solicitudes de enmienda deberán ser enviadas a AIH&S’s Director of Operations.

- 7) **Cuenta de las Revelaciones.** Todos nuestros pacientes tienen el derecho de solicitar una “Cuenta de las Revelaciones”. Una “cuenta de las revelaciones” es una lista de ciertas revelaciones no rutinarias, que nuestras oficinas han hecho, sobre la información protegida sobre su salud con propósitos que no son de tratamiento o de operación. Utilizar la información protegida sobre su salud como parte del cuidado rutinario de los pacientes en nuestras oficinas no requiere ser documentado. *No estamos obligados a proporcionar cuentas de las revelaciones con los siguientes propósitos:* (a) tratamiento, pago y operaciones para el cuidado de la salud, (b) revelaciones en relación a su autorización, (c) revelaciones a usted, (d) revelaciones al directorio de las instalaciones o a personas involucradas en su cuidado, (e) revelaciones para la seguridad nacional o con propósitos de inteligencia y, (f) revelaciones a las instituciones correccionales. Nos reservamos nuestro derecho de suspender temporalmente su derecho de recibir una cuenta de las revelaciones a las agencias que supervisan la salud o a las agencias de la ley o a sus oficiales, como lo requiere la ley. Le proporcionaremos la primera cuenta en cualquier período de doce (12) meses sin cargo alguno, pero impondremos una tarifa razonable por responder a cada subsecuente solicitud de cuenta dentro del mismo período de doce (12) meses. Para obtener una cuenta de las revelaciones, usted deberá presentar una solicitud por escrito al **AIH&S, Medical Records, 4141 State Street, Santa Barbara CA 93110**. Todas las peticiones para una “cuenta de las revelaciones” deberán establecer el período, el cual no puede ser de más de 6 años de la fecha de la revelación. La primera lista puede ser solicitada dentro del período de 12 meses, sin cargo alguno, pero nuestras oficinas podrían hacerle un cargo por listas adicionales dentro del mismo período de 12 meses. Nuestra oficina le notificará el costo relacionado a cualquier solicitud adicional y usted podría retirar su solicitud antes de incurrir cualquier gasto.

- 8) **Su derecho a una Copia en Papel de Este Aviso.** Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de nuestro aviso sobre nuestras prácticas de privacidad. Usted podría solicitar que le demos una copia de este aviso en



## **American Indian Health and Services Corporation Notice of Privacy Practices**

cualquier momento. Para obtener una copia en papel de este Aviso, favor de ponerse en contacto con **AIH&S, Director of Operations, 4141 State Street, Santa Barbara, CA 93110; 805-681-7356.**

- 9) **Su derecho a poner una queja.** Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja en nuestras oficinas o con la Secretaría del DHHS. Para poner una queja en nuestras oficinas, favor de contactar **AIH&S Director of Operations, 4141 State Street, Santa Barbara CA 93110; 805-681-7356.** Todas las quejas deberán ser presentadas por escrito. Usted no tendrá ninguna consecuencia por presentar una queja. La queja deberá tener el nombre de la entidad que es el sujeto de la queja y describir los actos u omisiones percibidas en violación de los requisitos aplicables de la HIPAA o de nuestra Política de Privacidad. Una queja deberá ser recibida por nosotros o presentada en la Secretaría del DHHS dentro de los primeros 180 días después que usted supo o debería haber sabido que el acto o la omisión de la que se queja, ocurrió. Usted no será penalizado por poner una queja. Como la ley lo requiere, AIH&S le notificará si sucediera cualquier intromisión en la información protegida sobre su salud.
- 10) **Su derecho de Proporcionar su Autorización para Otros usos y Revelaciones.** AIH&S obtendrá su autorización por escrito para usos y revelaciones que no están identificadas en este aviso o permitidas por la ley aplicable. Cualquier autorización que usted nos proporcione en relación al uso y revelación de la información protegida sobre su salud podría ser revocada, por escrito, en cualquier momento. Después que usted revoque su autorización, ya no utilizaremos o revelaremos la información protegida sobre su salud por las razones descritas en la autorización. Favor de observar que estamos obligados a retener la información sobre sus cuidados médicos.

Nos reservamos el derecho de revisar o enmendar este Aviso y nuestras prácticas de privacidad en cualquier momento. Estas revisiones o enmiendas pueden hacerse efectivas para toda la información protegida de la salud que mantenemos, aún si fue creada o recibida antes de la fecha efectiva de la revisión o de la enmienda. Este aviso estará disponible y también cualquier revisión o enmienda a este Aviso y/o a nuestras prácticas de privacidad o cambios en la ley que afecten este Aviso y/o nuestras prácticas de privacidad, con 60 días a partir de la fecha de tal revisión, enmienda o cambio.

Nuevamente, si usted tiene cualquier pregunta en relación a este Aviso o a nuestras políticas de privacidad relacionadas a la información sobre la salud, favor de contactar al **AIH&S Director of Operations, 4141 State Street, Santa Barbara CA 93110; 805-681-7356**

### **Acceso Continuo a Nuestra Política sobre Privacidad**

Le proporcionaremos una copia de nuestra más reciente versión de este Aviso en cualquier momento en cuanto recibamos una solicitud por escrito en nuestra AIH&S's Compliance Officer. Para cualquier otra petición o para cualquier información futura, en relación a la privacidad de la información protegida sobre su salud y para la información relacionada a cómo presentar una queja con nosotros, favor de ponerse en contacto con AIH&S's Director of Operations.

### **PARA PONERSE EN CONTACTO**

AIH&S Director of Operations 805-681-7356

4141 State Street Suite B11

Santa Barbara, CA 93110

**American Indian Health and Services Corporation Notice of Privacy Practices**