



INFORME DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Child and Family Guidance Center

9650 Zelzah Avenue, Northridge, CA 91325 * (818) 993-9311
8550 Balboa Blvd., Ste. 150, Northridge, CA 91325 * (818) 830-0200
6851 Lennox Avenue, Suite 100, Van Nuys, CA 91405 * (818) 739-5400
40005 10th Street W, Ste. 106, Palmdale, CA 93551 * (661) 265-8627

ESTE INFORME DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA DETENIDAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre este informe por favor comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad, el Director de Calidad Asegurada (Privacy Officer/Director of Quality Assurance), Child and Family Guidance Center, 9650 Zelzah Avenue, Northridge, CA 91325 o al teléfono (818) 993-9311.

I. QUIENES SOMOS

Este informe describe las prácticas de Child and Family Guidance Center (CFGC) y las de:

- Todos los voluntarios, internos, empleados y consultantes.
- Todos los departamentos, sitios y locales del Centro.
- Todas estas entidades, sitios y locales siguen los términos de este informe. Además, estas entidades, sitios y locales pueden compartir información de salud entre ellos para tratamientos, pagos u operaciones de salud descritas en este informe.

II. NUESTRO COMPROMISO ACERCA DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nosotros entendemos que la información sobre usted y su salud son personales. Estamos comprometidos a proteger esta información. Nosotros creamos un archivo de los servicios y del cuidado que usted recibe en Child and Family Guidance Center. Esta información, frecuentemente referida como su expediente o archivo de salud o historia médica, es necesaria para proveerle servicios de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este informe se aplica a todos los archivos de su cuidado de salud generados por el Centro.

Este informe le explicará las formas en las cuales podríamos usar y divulgar su información de salud. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos acerca del uso y divulgación de su información de salud (descrita aquí como, "Protected Health Information" o "PHI"/Información de Salud Protegida).

La ley nos requiere:

- asegurar que la información de salud que lo identifica se mantenga privada (con ciertas excepciones descritas aquí).
- darle el informe de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud; y
- seguir las condiciones del informe actualmente en efecto.

III. USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDAS SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO.

En ciertas situaciones, que describiremos abajo en la Sección IV, tenemos que obtener su autorización por escrito para poder usar y/o divulgar su PHI. Sin embargo, no necesitamos ningún tipo de autorización suya para los siguientes usos y divulgaciones:

A. Usos y Divulgaciones Para Tratamiento, Pagos y Operaciones del Cuidado de Salud. Podemos usar y divulgar el PHI para darle tratamiento, obtener pagos por servicios proporcionados, y para conducir nuestras "operaciones de servicios de salud" detallado en lo siguiente:

- Tratamiento. Podemos usar su información de salud para proveerle tratamiento o servicios. Podemos compartir esta información con miembros de su equipo de Child and Family Guidance Center (CFGC) incluyendo especialistas y consultantes del Centro. Por ejemplo, su terapeuta puede que necesite compartir su información con la administradora de casos para poder ayudarlo a obtener recursos necesarios. Además, podríamos contactarlo para darle recordatorios de citas o información sobre tratamientos alternativos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle. También podríamos divulgar su información de salud a otros proveedores involucrados en su tratamiento.
- Pagos. Podemos divulgar su información de salud para poder presentarle la cuenta a usted, a la compañía de seguros o a terceros para poder cobrar por los servicios y tratamiento. Por ejemplo, tal vez tendremos que darle información a su plan de salud sobre su tratamiento para que nos paguen o usted reciba reembolso. También podemos notificarle a su plan de salud sobre el tratamiento que recibirá para obtener aprobación previa o determinar si el plan cubrirá el tratamiento.
- Operaciones del Cuidado de Salud. Podemos usar y divulgar su PHI para nuestras operaciones del cuidado de salud, que incluyen administración interna y planeamiento de varias actividades que mejoran la calidad y efectividad del costo del cuidado que le rendimos. Por ejemplo, podemos usar el PHI para evaluar el funcionamiento de nuestro personal en su cuidado.

B. Uso en el Directorio/Horario de Citas. Child & Family Guidance Center no mantiene un "directorio" pero puede usar su nombre en la lista de citas que incluyen el nombre de personal que da el tratamiento y el lugar de la oficina donde se le va a ver. Podemos usar y divulgar esta información a las personas que usted ha designado, para informarles de su paradero dentro de nuestra localidad.

C. Divulgación a Familiares, Amigos Íntimos y Otros Proveedores de Cuidado. Podemos usar o divulgar su PHI a un miembro de su familia, otro pariente, amigo íntimo o a cualquier otra persona que usted haya identificado al estar presente, o disponible antes de la divulgación si, (1) obtenemos su acuerdo; (2) le damos oportunidad de oponerse a la divulgación y usted no se opone; o (3) concluimos razonablemente que no se opone a la divulgación.

Si no esta presente, o si la oportunidad de oposición o de acuerdo al uso o divulgación no es práctica de dar por causa de su incapacidad o circunstancias de emergencia, podríamos emplear

nuestro criterio profesional para determinar si la divulgación es para su beneficio propio. Si divulgamos información a un familiar, otro pariente o amigo íntimo, sólo divulgaríamos información que creamos le concierne directamente a la persona involucrada en su cuidado o con relación a los cobros de su cuidado de salud.

D. Comunicación de Recaudación de Fondos. Podemos usar su información de salud para contactarle en nuestro esfuerzo de recaudar fondos para el Centro. Por ejemplo, podríamos pedirle, si esta de acuerdo, compartir sus experiencias con nuestro Centro con el propósito de recaudar fondos o acercarnos más a la comunidad.

También podríamos contactarlo para solicitar una contribución deducible de impuestos para apoyar actividades importantes del Centro. Usted también tiene el derecho de rechazar esta clase de comunicación. Si no quiere ser contactado por el Centro para esfuerzos de recaudación de fondos, debe notificarnos por escrito a la Oficina de Desarrollo/Development Office, Child and Family Guidance Center, 9650 Zelzah Avenue, Northridge, CA 91325.

E. Actividades de Salud Pública. Podemos, o en ciertas circunstancias se nos requiere divulgar su PHI para las siguientes actividades de salud pública: (1) reportar información médica a las autoridades de salud pública por motivos de prevención o control de enfermedad, daños o incapacidad; (2) reportar abuso de menores y negligencia a las autoridades de salud pública o otras autoridades gubernamentales autorizadas por ley a recibir dichos reportes; (3) reportar información acerca de productos y servicios bajo la jurisdicción de U.S. Food and Drug Administration; (4) alertar a una persona que puede haber sido expuesta a una enfermedad contagiosa o que puede estar en riesgo de contagiarse o diseminar la enfermedad o condición; y (5) reportar información a su empleador, requerido por leyes relacionadas con enfermedades o daños de trabajo o de estar bajo vigilancia médica por parte del empleador.

F. Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica. Si justamente creemos que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, se nos requiere divulgar PHI limitada a la autoridad gubernamental, incluyendo a agencias de servicios sociales y protectores, autorizados por ley para recibir reportes de abuso, negligencia y violencia doméstica.

G. Salud o Seguridad. Podemos usar o divulgar su PHI limitada cuando sea necesario para prevenir o aminorar una amenaza seria y eminente a la salud y seguridad de personas o del público. Si justamente creemos que usted representa una amenaza seria de hacerse daño o participa en actividades autodestructivas serias, se nos requiere contactar a sus familiares u otros que puedan proveer protección u hospitalización. Si comunica una amenaza seria de daños físicos a otra persona, se nos requiere tomar medidas protectivas que incluyen notificar a la posible víctima y a la policía y/o solicitar hospitalización apropiada.

H. Actividades de Vigilancia de Salud. Podemos divulgar su PHI a una agencia de vigilancia que supervisa el sistema de salud y tiene la responsabilidad de asegurar que se cumplan las reglas de los programas de salud del gobierno tales como Medicaid (Medi-Cal).

I. Procedimientos Judiciales y Administrativos. Podemos divulgar su PHI en el curso de un procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden u otro proceso legal.

J. Oficiales de Policía. Podemos divulgar su PHI a oficiales de departamentos de policía como requiere y permite la ley o de acuerdo con una orden judicial o citación administrativa o del jurado de acusación.

K. Investigación. Bajo ciertas circunstancias podemos usar y divulgar su información de salud para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede examinar el grado de mejoramiento de todos los que reciben un plan de tratamiento comparando con otro plan distinto para la misma condición. Todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa el proyecto de investigación y el uso de información de salud; tratando de obtener un equilibrio entre las necesidades de la investigación con la privacidad de la información de salud del consumidor. Antes de usar o divulgar información de salud para la investigación, el proyecto estará ya aprobado por medio de este proceso, pero podemos de cualquier manera, divulgar su información de salud a personas que se preparan a conducir la investigación, por ejemplo, para facilitarles la búsqueda de consumidores con problemas de salud específicos, mientras que la información de salud que revisan no salga de nuestra localidad.

L. Actividades de Inteligencia y Seguridad Nacional. Podemos dar información sobre usted a agentes federales autorizados para inteligencia, contraespionaje, y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

M. Servicios de Protección para el Presidente y Otros. Podemos divulgar su información de salud a oficiales federales para que puedan proveer protección al Presidente o a otras personas autorizadas o líderes de otros países.

N. Funciones Especializadas de Gobierno. Podemos usar y divulgar su PHI, en ciertas circunstancias, a unidades de gobierno con funciones especiales, como el cuerpo militar de E.U. o el Departamento de Estado.

O. Compensación de Trabajadores. Podemos divulgar su PHI como es autorizado y al grado necesario para cumplir con la ley de California en relación a la compensación de trabajadores u otros programas similares.

P. Requerido por ley. Podemos usar y divulgar su PHI cuando se requiera por cualquier otra ley que hasta ahora no se haya mencionado en las categorías anteriores.

IV. USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

A. Uso o Divulgación con Su Autorización. Por cualquier propósito, menos las mencionadas en la Sección III, sólo podemos usar y divulgar su PHI cuando nos conceda su autorización por escrito (Autorización de Uso o Divulgación de Información de Salud). Por ejemplo, usted necesita ejecutar una forma de autorización antes de mandar el PHI a la escuela de su hijo.

B. Marketing (Mercadeo). Debemos también obtener su autorización por escrito antes de usar su PHI para mandarle materiales comerciales. Sin embargo, podemos darle personalmente estos materiales sin su autorización. También, si queremos, tenemos permiso para obsequiarle un regalo promocional de valor nominal. Podemos, además, comunicarnos con usted sobre productos y servicios relacionados con su tratamiento, manejo o coordinación de su caso, tratamientos alternativos, terapias, proveedores o localidades de cuidado, sin su autorización.

C. Divulgaciones que constituyen la venta de su Información de Salud Protegida requiere su autorización por escrito. La ley federal y de California requiere protecciones especiales de privacidad para cierta información sumamente confidencial suya, incluyendo el subconjunto de su PHI que es (1) mantenido en las notas de la psicoterapia; (2) acerca de servicios de salud mental y de incapacidad del desarrollo; (3) acerca de prevención y tratamiento de abuso de alcohol y drogas;

(4) sobre pruebas, diagnóstico y tratamiento de HIV/SIDA; (5) acerca de enfermedades transmisibles; (6) sobre pruebas genéticas; (7) acerca del tratamiento de abuso y negligencia de menores; (8) acerca de tratamiento de abuso doméstico y de ancianos; (9) sobre el tratamiento de asalto sexual. Para poder divulgar información sumamente confidencial para un propósito fuera de los que permite la ley, tenemos que obtener su autorización por escrito. De acuerdo con la ley federal y de California, hay situaciones muy específicas donde se puede revelar información sumamente confidencial sin autorización del paciente.

D. Todo otro uso y divulgaciones de su Información de Salud Protegida que no este cubierta por esta boletín o las leyes que se nos aplican, se hará solamente con su autorización por escrito.

V. SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN DE SALUD

A. Para Mayor Información. Quejas. Si desea más información sobre sus derechos de privacidad, le concierne que hemos violado sus derechos de privacidad o no esta de acuerdo con una decisión sobre el acceso a su PHI, puede discutirlo con su terapeuta, el Director del Servicio, o el Oficial de Privacidad (Director, Quality Assurance/Director de Calidad Asegurada). Puede presentar su queja por escrito con Child and Family Guidance Center y/o con el Director, Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de E.U. Al solicitarlo, el Oficial de Privacidad le proveerá información de contacto. No tomaremos represalias contra usted si presenta su queja ante nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

B. Derecho a Solicitar Restricciones Adicionales. Puede solicitar restricciones en nuestro uso y divulgación de su PHI (1) para tratamiento, pagos y operaciones de cuidado de salud, (2) a individuos (como familiares, otros parientes, amigo íntimo o cualquier otra persona identificada por usted) involucrados en su cuidado o con los pagos relacionados con su cuidado, o (3) para notificar o asistir en la notificación de dichos individuos acerca de su paradero y condición general. Aunque se consideran todas las solicitudes para restricciones adicionales detenidamente, no estamos obligados a estar de acuerdo con la restricción solicitada. Si desea solicitar restricciones adicionales, por favor entregue la forma completa Request for Special Restriction on Use or Disclosure of Protected Health Information (Petición de Restricción Especial en el Uso o Divulgación de Información de Salud Protegida) a su terapeuta o al Director del Servicio. Le mandaremos una respuesta por escrito.

C. Pagos en Efectivo. Si usted pagó en efectivo (o sea que si usted pidió que no se cobrara algún servicio a través de su seguro de salud) ya sea en su totalidad o algún servicio en especial, usted tiene el derecho de pedir que su Información de Salud Protegida con respecto a ese servicio no sea usada o divulgada a su seguro de salud por razones de pago u otra operación, y nosotros honraremos su pedido.

D. Derecho a Recibir Comunicaciones Confidenciales. Podemos facilitarle cualquier petición razonable para que reciba su PHI por medio de comunicaciones alternativas o en lugares alternativos. Por ejemplo, puede pedir que sólo se le contacte por correo o en su empleo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe pedirlo por escrito (Request for the Restriction on the Manner/Method of Confidential Communications/Petición para Restringir la Manera/Método de Comunicaciones Confidenciales), y especifique como y dónde desea ser contactado. No se le va a pedir la razón de su petición.

E. Derecho a Revocar su Autorización. Si usted dio permiso para que usemos y divulguemos su información de salud, puede revocar esa autorización por escrito (Informe de Revocación de la

Autorización del Uso o Divulgación de Información de Salud), en cualquier momento notificando a su terapeuta o al Director del Servicio. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud por las razones especificadas en su autorización escrita. Usted comprende que no podemos retirar divulgaciones que hemos hecho con su permiso, y que se nos requiere mantener nuestros archivos del cuidado que ha recibido.

F. Derecho a Inspeccionar y Copiar su Información de Salud. Tiene derecho a inspeccionar y copiar información de salud que se pueda usar para tomar decisiones sobre su cuidado. Usualmente, esto incluye los archivos médicos y cuentas, pero puede no incluir alguna información sobre la salud mental. Tenga presente que si es padre o tutor legal de un menor, no tendrá acceso a ciertas partes del archivo médico (por ejemplo, archivos relacionados con servicios del cuidado médico donde el menor puede dar su consentimiento legalmente, lo cual tiene derecho el menor a inspeccionar y obtener copias del archivo; o si determina el proveedor de salud, en buena fe, que acceso al archivo del paciente, solicitado por el representante, tendría un efecto perjudicial en la relación profesional entre proveedor y paciente menor o en la seguridad física y bienestar psicológico del menor).

Para inspeccionar y copiar información que puede usarse en decisiones sobre usted, tiene que presentar su solicitud por escrito (Access Request Form/ Forma para Petición de Acceso) a su terapeuta o al Director del Servicio. Si solicita copias, le cobraremos \$0.25 por cada página, como también costos razonables administrativos incurridos en hacer el expediente y el costo postal.

Podemos negar su petición de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega acceso a la información de salud, puede pedir que revisen esta decisión. Otro profesional de salud mental licenciado, escogido por el Centro, revisará su petición y la decisión de negación. La persona que lleve a cabo la revisión no será la misma persona que le negó su petición. Cumpliremos con el resultado de esa revisión.

G. Derecho a una Copia Electrónica de sus Documentos Médicos Electrónicos. Si su Información de Salud Protegida se mantiene en forma electrónica (conocido como documento médico electrónico o documento de salud electrónico) usted tiene el derecho de obtener una copia electrónica enviada directamente a usted u a otro individuo o identidad. Nosotros haremos todos nuestros esfuerzos para darle acceso a su Información de Salud Protegida en el formato que usted la requiera, si es posible producirla en ese formato. Si no es posible producirla en el formato que usted la requiera, sus documentos serán entregados en nuestro formato electrónico básico, y si usted no los desea así, se le entregarán los documentos en una copia de papel. Podríamos cobrarle un costo básico por el trabajo asociado con la transmisión del documento electrónico.

H. Derecho a Enmendar Su Archivo. Tiene derecho a pedir que rectifiquemos el PHI mantenido en su archivo médico o archivo de cuentas. Si usted desea enmendar sus archivos, por favor entregue la forma completa, Request to Amend Protected Health Information/Petición para Enmendar Información Protegida de Salud, a su terapeuta o Director del Servicio. Cumpliremos con su petición a no ser que pensemos que la información que se va a enmendar ya está correcta y completa o que existan otras circunstancias especiales. Si negamos su petición, en parte o enteramente, puede presentar Statement of Disagreement/ Declaración de Desacuerdo.

Aunque neguemos su petición de enmendación, tiene derecho a presentar una adenda por escrito, que no exceda 250 palabras, en relación a cualquier artículo o declaración en su archivo que usted crea este incompleto o equivocado. Si indica claramente por escrito que quiere que la adenda sea parte de su archivo médico, lo adjuntaremos a su archivo y será incluido siempre que se haga una divulgación del artículo o declaración que usted cree está incompleta o equivocada.

I. Derecho a Recibir Contabilidad de Divulgaciones. A petición, (por medio de Request for an Accounting of Disclosures/ Petición de Contabilidad de Divulgaciones), podrá obtener contabilidad de ciertas divulgaciones de su PHI hechas por nosotros durante cualquier periodo de tiempo previo a la fecha de su solicitud, siempre y cuando este periodo no exceda seis años o aplique a divulgaciones ocurridas antes del 14 de abril del 2003. Esta contabilidad incluye divulgaciones hechas sobre su información de salud sin incluir nuestros usos para tratamiento, cuentas de pagos y operaciones de cuidado de salud, como esas funciones mencionadas arriba. Tampoco incluye divulgaciones hechas en las cuales usted ha dado autorización escrita.

Si usted solicita contabilidad más de una vez en un periodo de (12) meses, le cobraremos \$10. Le informaremos sobre el costo y puede retirar o modificar su petición en ese momento, antes de incurrir algún costo.

J. Derecho a Recibir Conocimiento de Infracción o Violación. Usted tiene el derecho de ser notificado ante cualquier infracción o violación de la seguridad de su Información de Salud Protegida.

K. Derecho a Recibir Copia de Papel de este Informe. A petición, puede obtener una copia de papel de este Informe, aunque este de acuerdo de recibir dicho informe por correo electrónico.

VI. FECHA EFECTIVA Y DURACIÓN DE ESTE INFORME

A. Fecha efectiva. Este informe es efectivo el 14 de abril del 2003, y fue actualizada el 23 de septiembre del 2013.

B. Derecho a Cambiar Términos de este Informe. Podemos cambiar los términos de este Informe en cualquier momento. Si cambiamos este Informe, podríamos hacer los términos del nuevo informe efectivo para toda Información de Salud Protegida que mantenemos, incluyendo cualquier información creada o recibida antes de expedir el nuevo informe. Si cambiamos este Informe, fijaremos el nuevo informe en las salas de espera de Child and Family Guidance Center y en nuestra pagina electrónica, www.childguidance.org. También puede solicitar cualquier informe nuevo por medio del Personal de Recepción.

VII. OFICINA DE PRIVACIDAD. Puede comunicarse con la Oficina de Privacidad a:

Privacy Office/Quality Assurance

Child and Family Guidance Center

9650 Zelzah Avenue

Northridge, CA 91325

Teléfono: (818) 993-9311