



## Su Información.

## Sus Derechos.

## Nuestra Responsabilidad.

Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor revise cuidadosamente.**

### Sus Derechos

---

**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección le explica sus derechos y unas de nuestras responsabilidades para ayudarlo a usted.**

#### **Obtenga una copia electrónica o de papel de su registro médico**

- Usted puede pedir ver o obtener una copia electrónica o de papel de su historia clínica y otra información médica que tenemos sobre usted, incluyendo los resultados de las pruebas de laboratorio realizadas por nosotros. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de 30 días de la solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable, basada en el costo.
- Usted puede enviar su solicitud por escrito en cualquier clínica o escribiendo a:  
SLO County Medical Records  
2178 Johnson Ave  
San Luis Obispo, CA 93401
- Si tiene preguntas sobre el proceso llame al 805-781-4724

#### **Pidanos que corrijamos su registro médico**

- Usted puede pedirnos que corrijamos su información médica que usted piense que esta incorrecta o incompleta. Pregúntenos como hacer esto. Podrá ser que digamos que "no" a su petición, pero le dejaremos saber por escrito la razón dentro de 60 días.

#### **Solicite comunicación confidencial**

- Usted puede pedirnos que lo contactemos en una manera específica (por ejemplo, por teléfono de casa o oficina) o mandarle correspondencia a una dirección diferente.

#### **Pidanos que limitemos lo que utilizamos o compartimos**

- Usted puede pedirnos que no utilizemos o compartamos cierta información médica para tratamiento, facturas, o nuestras operaciones. No somos requeridos a estar de acuerdo con su petición, y podríamos decir que "no" si afectaría su cuidado.
- Si usted paga algún servicio de cuidado médico en completo de su bolsillo, usted puede pedirnos que no compartamos información, información para el propósito de facturas o nuestras operaciones con su seguro médico. Diremos que "sí" siempre y cuando la ley no nos requiera compartir esa información.

## **Obtenga una lista de aquellos con quien hemos compartido informacion**

- Puede pedir una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información medica en los ultimos seis años de la fecha de su peticion, con quien hemos compartido esta informacion y porque.
- Incluiremos todas las revelaciones excepto aquellas relacionadas con tratamiento, facturas y operaciones de cuidado de salud, y ciertas otras revelaciones (tal como cualquiera que nos haga pedido). Proveremos una revelacion al año gratuitamente, pero cobraremos una cuota razonable si requiere otra durante los proximos 12 meses.

## **Obtenga una copia de este aviso de privacidad**

- Usted puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, aun si ha solicitado un aviso electronicamente. Le proporcionaremos una copia en papel rapidamente.

## **Elija a alguien que actue de parte suya**

- Si le ha otorgado poder médico a alguien o si alguien es su guardian legal, esa personal puede ejercer sus derechos legales y tomar decisions sobre su informacion médica. Nos aseguraremos que esa persona tenga autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier accion.

## **Presente una queja si siente que sus derechos han sido violados**

Usted puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros de las siguientes maneras:

- Puede llamarnos a la línea gratuita y confidencial al: **(855) 326-9623**
- O puede comunicarse con nosotros por correo electrónico al: [privacy@co.slo.ca.us](mailto:privacy@co.slo.ca.us)
- O mande una carta a:  
Privacy Officer  
San Luis Obispo County Health Agency  
2180 Johnson Avenue  
San Luis Obispo, CA 93401
- Comuníquese con el Departamento de salud y servicios humanos a:  
Office of Civil Rights  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103
- O presente una queja en línea web: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)
- O llame la línea gratuita a:  
Teléfono: (800) 368-1019  
Teléfono para sordo/mudos: (800) 537-7697

**No sera castigado o penalizado por hacer preguntas o presentar una queja.**

## **Sus Decisiones**

---

**Para cierta informacion medica, usted puede hacernos saber sus decisions sobre que podemos compartir.** Si usted tiene preferencias claras sobre como compartimos su información en las situaciones descritas en seguida, hable con nosotros. Diganos que quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

**Aviso:** Esta seccion menciona varias maneras en la cual proveedores pueden compartir su informacion; sin embargo, varias no aplican a las practicas de la Agencia de Salud de el Condado de San Luis Obispo.

**En estos casos, usted tiene ambos el derecho y la decision de decirnos que:**

- Compartamos información con sus familiares, amigos cercanos o otros involucrados con su cuidado

- Compartamos información en caso de un desastre.
- Incluya su información en un directorio (la Agencia de Salud no utiliza un directorio de pacientes)  
*Si no le es posible hacernos saber su preferencia, por ejemplo si esta inconsciente, podríamos compartir su información si creemos que es en su mejor interes. Tambien podríamos compartir su información cuando sea necesario para reducir un serio y iminente peligro de salud o seguridad.*

**En estos casos nunca compartimos su información al menos que usted nos de permiso por escrito:**

- Propósitos de comercialización (la Agencia de Salud no utiliza su informacion para mercadeo)
- Venta de su información (la Agencia de Salud no vende su informacion)

**En caso de recaudacion de fondos**

La Agencia de Salud no lo contactará para ningún esfuerzo de recaudación de fondos.

## **Nuestros Usos y Revelaciones**

---

**Tipicamente usamos y compartimos su información médica de las siguientes maneras.**

**Tratar lo**

- Podemos utilizar y compartir su información médica con otros profesionales que lo estan tratando.
  - *Ejemplo:* Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizer servicios adicionales.

**Operar nuestra organizacion**

- Podemos utilizar y compartir su información médica para operar nuestra organizacion y mejorar su cuidado, y contactarlo cuando sea necesario.
  - *Ejemplo:* Usamos información médica de usted para manejar su tratamiento y servicios.

**Facturar sus servicios**

- Podemos utilizar y compartir su informacion medica para facturar y obtener pagos de planes de salud y otras entidades.
  - *Ejemplo:* Damos información acerca de usted a su plan de seguro para que pague por sus servicios.

**De que otra manera mas podriamos utiliar o compartir su informacion de salud?**

Se nos permite o requiere que compartamos su información de otras maneras, usualmente en formas que contribuyen al bien público, tal como salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de compartir su información para estos propósitos.

Para mas informacion vea aqui: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

(Nota – Este Aviso describirá por separado las maneras en que el Condado puede usar o divulgar los resultados de VIH/ SIDA).

**Intercambio de Informacion de Salud (IIS) (iniciales en Ingles HIE):**

El Condado de San Luis Obispo participa en un HIE. A través de este sistema, podemos divulgar su información médica con el fin de coordinar su atención entre proveedores de atención médica y otros fines permitidos por la ley. El intercambio de su información de salud se puede hacer electrónicamente a través del HIE y puede proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y ayudar a los proveedores de atención médica y los funcionarios de salud pública a tomar decisiones informadas. Usted deberá darse de baja del sistema HIE si NO desea que la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo comparta su información a través del HIE; de lo contrario, su información se incluirá automáticamente con

algunas excepciones. La información sobre salud mental, trastorno de uso de sustancias, VIH y ETS NO se incluirá en el HIE.

Si en algún momento desea optar por no recibir el HIE o volver a optar por el HIE, puede hacerlo en línea en: <http://www.ocprhio.org/Patients/optout/>.

### **Ayuda con salud pública y cuestiones de seguridad.**

Podemos compartir su información de salud sobre usted para situaciones tales como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con el retiro de productos
- Reportar reacciones adversas a medicamentos
- Reportar de presuntos abusos, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una grave amenaza para la salud o seguridad

### **Hacer investigación**

- Podemos utilizar o compartir su información para la investigación de la salud.

### **Cumplir con la ley**

- Compartiremos información sobre usted si la ley estatal o federal lo requiere, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quieren asegurarse que estemos cumpliendo con leyes de privacidad federales.

### **Responder a solicitud de donación de órganos y tejidos**

- Podemos compartir información de su salud sobre usted con organizaciones de adquisición de órganos

### **Tabajar con un examinador médico o director de funeral**

- Podemos compartir información de su salud con un forense, examinador médico o director de funeral si un individuo muere.

### **Dirigirnos a la indemnización de los trabajadores, enforzamiento de leyes y otras solicitudes gubernamentales**

Podemos utilizar o compartir información de salud sobre usted:

- Reclamos de compensación de trabajadores
- Propósitos de enforzamiento de leyes y funcionarios
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Funciones especiales gubernamentales tal como militar, seguridad nacional y servicios protectivos presidenciales

### **Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir su información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa de la corte o en respuesta a una citación.

### **Usos y divulgaciones de información sobre el VIH/SIDA:**

En general, se requiere autorización por escrito (por el cliente o representante autorizado) para divulgar los resultados de las pruebas de VIH/ SIDA. Se aplican las siguientes excepciones:

- Las divulgaciones realizadas a su proveedor de atención médica para fines de diagnóstico, tratamiento o cuidado.
- Requisitos de información estatal para propósitos de Salud Pública.
- Pago: para facturar el costo de la atención médica (por ejemplo, para facturar a Medí-Cal o Medicare).

- Operaciones de atención médica: podemos usar o divulgar su información médica para apoyar nuestras operaciones comerciales (por ejemplo, para evaluar el desempeño de nuestro personal o revisar la calidad del tratamiento o servicios que se le brindan).
- Otras divulgaciones que puedan ser requeridas bajo la ley.

### **Violación de la ley federal y las regulaciones por un programa es un crimen.**

Las violaciones sospechosas pueden ser reportadas a las autoridades apropiadas de acuerdo con las regulaciones federales. La ley y las regulaciones federales no protegen ninguna información sobre un crimen cometido por un paciente ya sea en el programa o contra cualquier persona que trabaja para el programa o sobre cualquier amenaza para cometer tal crimen. Las leyes y reglamentos federales no protegen ninguna información sobre sospechas de abuso infantil o negligencia de ser reportadas bajo la ley estatal a las autoridades estatales o autoridades locales.

## **Nuestras Responsabilidades**

- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber con prontitud si ha ocurrido que puede haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia a usted.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de ninguna otra manera que la que ha sido descrita aquí al menos que usted nos lo pida por escrito. Si usted nos dice que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Dejenos saber por escrito si ha cambiado de opinión.

Para más información sobre nuestras responsabilidades de este aviso entre aquí:

**[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)**.

**Este aviso aplica a los siguientes servicios entre la Agencia de Salud de el Condado de San Luis Obispo:**

- **Servicios de Salud Mental**

Para más información, entre aquí: [www.slocounty.ca.gov/health/mentalhealthservices](http://www.slocounty.ca.gov/health/mentalhealthservices)

- **Servicios de Alcohol y Drogas**

Para más información, entre aquí: [www.slocounty.ca.gov/health/DAS\\_Home](http://www.slocounty.ca.gov/health/DAS_Home)

- **Servicios de Salud Pública**

Para más información, entre aquí: [www.slocounty.ca.gov/health/publichealth](http://www.slocounty.ca.gov/health/publichealth)

Usted puede preguntar acerca de los programas de la agencia de salud y ubicaciones de clínicas llamando a: (805) 781-5500

*Información de salud sobre servicios que usted haya podido haber recibido de nuestros programas de Salud Mental o de Alcohol y Drogas son archivados electrónicamente en un sistema de archivo que es compartido entre los dos programas. Miembros del personal de estos dos programas son permitidos acceso limitado a su información médica y solo la cantidad necesaria mínima para proveerle tratamiento, recibir pagos por servicios y para manejar las operaciones de nuestra organización.*

### **Cambios a las condiciones de este Aviso**

- Podemos cambiar las condiciones de este aviso, y los cambios aplicaran a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso sera disponible cuando lo pida, en nuestra oficina y en nuestra página de internet.

**Para preguntas sobre este aviso or para obtener mas información:**

- Contacte al Administrador del Programa de Cumplimiento de la Agencia de Salud del Condado de SLO al: 805-781-4788
- O mande un correo electrónico a: [privacy@co.slo.ca.us](mailto:privacy@co.slo.ca.us)
- O mande una carta a:  
San Luis Obispo County Health Agency  
Gerente del Programa de Cumplimiento  
2180 Johnson Ave., San Luis Obispo, CA 93401

## La Discriminación Está En Contra De La Ley

San Luis Obispo County cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El Condado no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Condado de SLO:

- A. Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas;
- B. Información escrita en otros formatos;
- C. Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua primaria no es el inglés, como intérpretes capacitados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con la Agencia de Salud al (800) 838-1381.

Si considera que el Condado no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

### Patient Rights Advocate;

**2180 Johnson Avenue, San Luis Obispo, CA. 93401**

**(805) 781-4738, <mailto:BH.PatientRightsAdvocate@co.slo.ca.us>**

Español (Spanish)	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (800) 838-1381
繁體中文 (Chinese)	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (800) 838-1381
Tiếng Việt (Vietnamese)	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (800) 838-1381
한국어 (Korean)	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (800) 838-1381
Tagalog (Filipino)	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (800) 838-1381
Հայերեն (Armenian)	ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցություններ: Չանգահարեք (800) 838-1381
فارسی (Farsi)	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما (800) 838-1381
Русский (Russian)	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (800) 838-1381
日本語 (Japanese)	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。(800)838-1381
العربية (Arabic)	رقم (800) 838-1381 - ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان اتصل برقم
ខ្មែរ (Cambodian)	ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អូល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ (800) 838-1381 ។
Hmoob (Hmong)	LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau (800) 838-1381
ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)	ਧਿਆਨ ਿਦਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਿਵੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। (800) 838-1381
हिंदी (Hindi)	ध्यान दः यदि आप हिंदी बोलत है तो आपक लिए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाए उपलब्ध है। (800)838-1381
ภาษาไทย (Thai)	เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (800) 838-1381
ພາສາລາວ (Lao)	ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ (800) 838-1381

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Patient Rights Advocate está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Humanos, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono al: Department of

Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.