



**AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE LA SALUD – HAGA EL FAVOR DE REVISAR CUIDADOSAMENTE**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PLANNED PARENTHOOD MAR MONTE PUEDE USAR O DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.**

Si tiene cualquier pregunta con respecto a este aviso, haga el favor de comunicarse con el Funcionario de Confidencialidad (Privacy Official) de Planned Parenthood Mar Monte al 408-287-7352, extensión 136.

**NUESTRA PROMESA CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD**

Comprendemos que la información sobre su salud y el cuidado de su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger la información sobre su salud. Crearemos un registro de los cuidados y servicios que usted recibe de nosotros para poder proporcionarle cuidados de calidad y para cumplir con los requisitos reglamentarios de HIPAA y las leyes estatales.

Este Aviso corresponde a todos los registros de información sobre la salud creados o recibidos por PPMM, sin importar si nosotros hemos creado o documentado la información sobre la salud o si otro doctor nos la envió. Este Aviso le explica las maneras en que podemos usar o divulgar información de salud sobre usted. Este Aviso también describe sus derechos a la información de salud que mantenemos sobre usted y describe ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de su información de salud.

Las leyes estatales y las condiciones de confidencialidad y seguridad de la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) nos requieren:

- Asegurar que la información de salud que lo/la identifica se mantenga privada;
- Hacer disponible este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de confidencialidad con respecto a la información de salud sobre usted; y
- Seguir los términos del aviso que está actualmente en vigencia.

**CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED –**

Las siguientes categorías describen maneras diferentes en que podemos usar o

divulgar información de salud sobre usted. A menos que se indique lo contrario, cada uno de estos usos y divulgaciones no requiere su permiso. Por cada categoría de uso o divulgación, explicaremos lo que queremos decir y daremos algunos ejemplos. No se enumerará cada uso o divulgación correspondiente a cada categoría en particular. Sin embargo, a menos que pidamos una autorización separada, todas las maneras en que estamos permitidos usar y divulgar la información estarán incluidas dentro de una de las categorías.

**Para tratamiento:** Es posible que usemos información de salud sobre usted para proporcionarle tratamiento y servicios de cuidados de la salud. Es posible que divulguemos información de salud sobre usted a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de salud, voluntarios u otro personal que estén involucrados en cuidarle. Es posible que estos profesionales trabajen en nuestros consultorios, en un hospital si usted está hospitalizado/a bajo nuestra supervisión o en el consultorio de otro doctor, laboratorio, farmacia u otro proveedor de cuidados de la salud al cual tal vez le refiramos para una consulta, para hacer radiografías (rayos x), realizar pruebas de laboratorio, llenar recetas u otros propósitos de tratamiento. Por ejemplo, un doctor que lo esté tratando tal vez necesite saber si tiene diabetes debido a que la diabetes tal vez atrase el proceso de curación. Es posible que proporcionemos esa información a un médico que lo esté tratando en otra institución.

**Para pagos:** Es posible que usemos y divulguemos información de salud sobre usted para que el tratamiento y los servicios que reciba de nosotros puedan ser facturados a usted y el pago recibido de usted, una compañía de seguro, una

agencia estatal de Medicaid (MediCal en California) o un tercero. Por ejemplo, es posible que necesitemos dar a su plan de seguro de salud información sobre su visita al consultorio para que su plan de salud nos pague o le reembolse a usted por la visita. Alternativamente, es posible que necesitemos dar la información de salud sobre usted a la agencia estatal de Medicaid (MediCal en California) para que nos reembolse por proporcionarle servicios. En algunos casos, es posible que necesitemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener aprobación por anticipado o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

**Para las operaciones de cuidado de salud:**

Es posible que usemos y divulguemos información de salud sobre usted para las operaciones de nuestra práctica de cuidados de la salud. Estos usos y divulgaciones son necesarios para manejar nuestra práctica y asegurar que todos nuestros pacientes reciban cuidados de calidad. Por ejemplo, es posible que usemos información sobre la salud para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en sus cuidados. También es posible que combinemos información de salud sobre muchos pacientes para decidir cuáles servicios adicionales deberíamos ofrecer, cuáles servicios no se necesitan, si ciertos tratamientos nuevos son eficaces o para comparar nuestro desempeño con el de otros proveedores y para ver dónde podemos hacer mejoras. Es posible que quitemos información que lo identifica de este conjunto de información de salud para que otros lo puedan usar para estudiar la entrega de cuidados de la salud sin conocer la identidad de nuestros pacientes específicos.

**Recordatorios de las citas:** Es posible que usemos y divulguemos información de salud para comunicarnos con usted como un recordatorio de que tiene una cita. Haga el favor de avisarnos si no desea que nos comuniquemos con usted con respecto a su cita o si desea que usemos un número de teléfono o dirección diferentes para comunicarnos con usted para este propósito.

**Investigación:** Es posible que haya situaciones donde queramos usar y divulgar información de salud sobre usted para propósitos de investigación. Su

identidad no será divulgada a los patrocinadores de la investigación sin su permiso. Para cualquier proyecto de investigación que use su información de salud, nosotros obtendremos su autorización o pediremos a una Junta de Revisión Institucional o Junta de Confidencialidad (Institutional Review o Privacy Board) que suspenda el requisito de obtener autorización. Cualquier suspensión de autorización estará basada en una garantía adecuada de la Junta de Revisión que los investigadores protegerán adecuadamente su información personal de salud. Los resultados de sus pruebas u otra participación en la investigación y la información confidencial contenida en su informe médico pueden ser inspeccionados y/o fotocopiados por la Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration o FDA por sus siglas) y por otras agencias del gobierno estatal o federal en el curso ordinario de las funciones de monitoreo rutinario de la investigación.

**Según se requiere por ley:** Divulgaremos información de salud sobre usted cuando la ley federal, estatal o local lo requiera.

**Para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad:**

Es posible que usemos y divulguemos información de salud sobre usted cuando sea necesario para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público u otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación solamente sería a alguien que pudiera ayudar a evitar la amenaza.

**Militares y veteranos:** Si es un miembro de las fuerzas armadas o está separado/descargado de los servicios militares, es posible que divulguemos información de salud sobre usted según lo requieran las autoridades de mando militar o el Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs) según corresponda. También es posible que divulguemos información sobre el personal militar extranjero a las autoridades apropiadas de las fuerzas armadas extranjeras.

**Compensación a los trabajadores:** Es posible que divulguemos información de salud sobre usted para la compensación a los trabajadores o programas parecidos. Estos programas proporcionan beneficios para las lesiones o las enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Riesgos a la salud pública:** Es posible que divulguemos información de salud sobre usted para las actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

- Para evitar o controlar enfermedad, lesión o discapacidad;
- Para informar sobre nacimientos y muertes;
- Para informar sobre el abuso o descuido infantil;
- Para informar sobre reacciones a los medicamentos o problemas con ciertos productos;
- Para avisar a las personas de los retiros del mercado de productos que tal vez estén usando;
- Para avisar a una persona que tal vez haya sido expuesto a una enfermedad o que tal vez esté a riesgo de contraer o difundir una enfermedad o condición médica;
- Para avisar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, descuido o violencia doméstica. Solamente haremos esta divulgación cuando se requiera o autorice por ley.

**Actividades de supervisión de la salud:**

Es posible que divulguemos información de salud a una agencia de supervisión de la salud para las actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditoría, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de cuidados de la salud, programas gubernamentales y acatamiento con las leyes de los derechos civiles.

**Pleitos y disputas:** Si está involucrado en un pleito o una disputa, es posible que divulguemos información de salud sobre usted como respuesta a una orden otorgada por un tribunal o un tribunal administrativo. También es posible que divulguemos información de salud sobre usted como respuesta a una citación, petición de descubrimiento u otro proceso legal por otra persona que esté involucrada en la disputa, pero solamente después de que se hayan hecho esfuerzos para informarle sobre la petición y usted tenga tiempo para obtener una orden para proteger la información pedida.

**Ejecución de la ley:** Es posible que divulguemos información de salud si un oficial de ejecución de la ley nos pide hacerlo:

- Para responder a una orden del tribunal, citación, orden judicial, comparendo o proceso similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
- Si es la víctima de un crimen y no podemos obtener su consentimiento;
- Con respecto a una muerte que creemos pueda ser el resultado de conducta criminal;
- En un caso de conducta criminal en nuestro local;
- En circunstancias de emergencia para informar sobre un crimen; la ubicación o las víctimas del crimen; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

Dichas divulgaciones de información se harán solamente después que se hayan hecho esfuerzos para informarle sobre la petición y usted tenga tiempo para obtener una orden para proteger la información pedida.

**Pesquisadores, examinadores de salud y**

**directores funerarios:** Es posible que divulguemos información de salud a un pesquisador o examinador de salud. Por ejemplo, es posible que esto sea necesario para identificar una persona fallecida o para determinar la causa de muerte. También es posible que divulguemos información de la salud sobre pacientes a los directores funerarios según sea necesario para realizar sus tareas.

**Presos:** Si usted está preso en una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de cumplimiento con la ley, es posible que divulguemos información de salud sobre usted a la institución

correccional o al oficial de cumplimiento con la ley. Esta divulgación sería necesaria: (1) para que la institución le proporcione cuidados de la salud; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas; o (3) para la seguridad de la institución correccional.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA

## INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud que mantenemos sobre usted:

**Derecho a inspeccionar y copiar:** Usted tiene ciertos derechos a inspeccionar y copiar la información de salud que es posible que se use para tomar decisiones sobre sus cuidados. Generalmente, esto incluye informes sobre la salud y facturación. Esto no incluye notas de la psicoterapia.

Para inspeccionar y copiar información de salud que es posible que se use para tomar decisiones sobre usted, deberá entregar su petición por escrito en un formulario proporcionado por nosotros al Administrador de la clínica de PPMM donde recibió los servicios de salud. Si pide una copia de su información de salud, es posible que le cobremos una cuota para afrontar los costos de ubicación, copiado, envío por correo u otras provisiones y servicios relacionados con su petición.

En California un proveedor debe permitir que un paciente revise su información de salud dentro de los cinco días laborales de recibir una petición (Código de Seguridad de Salud de California-123110(a) [Cal Health Safety Code]). Si un paciente pide una copia de esta información, el proveedor debe suministrar una copia dentro de los 15 días de recibir la petición (Código de Seguridad de Salud de California-123110 (b) [Cal. Health & Safety Code]). Los Centros de Salud de PPMM en California y Nevada cumplen con este requisito estatal.

Es posible que neguemos su petición para inspeccionar y copiar informes en circunstancias muy limitadas. Si le niegan acceso a información de salud, en ciertas circunstancias usted puede pedir que se revise esa negación. Otro profesional licenciado de cuidados de la salud seleccionado por nuestra práctica revisará su petición y la negación. La persona que realiza la revisión no será la persona que le negó su petición inicial. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

**Derecho a corregir:** Si piensa que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que corriamos la información. Usted tiene el derecho a pedir una

corrección durante todo el tiempo que mantengamos la información. Para pedir una corrección, debe hacer su petición por escrito en un formulario proporcionado por nosotros y entregado a: "The Medical Director of Planned Parenthood Mar Monte" (Director Médico de Planned Parenthood Mar Monte). Según HIPAA, PPMM debe actuar con respecto a la petición de un paciente referente a una corrección dentro de los 60 días de recibirla. (45 C.F.R. - 164.526(b)).

Es posible que neguemos su petición para una corrección si no es el formulario proporcionado por nosotros y no incluye una razón por la cual debemos apoyar la petición. Además, es posible que neguemos su petición si nos pide corregir información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona u entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la corrección;
- No forma parte de la información de salud mantenida por o para nuestra práctica;
- No forma parte de la información que le permitirían inspeccionar y copiar; o
- Es correcta y completa.

Cualquier corrección que hagamos a su información de salud será divulgada a aquellos con quienes divulgamos información según se ha especificado previamente.

**Derecho a la notificación sobre las divulgaciones:** Usted tiene el derecho a pedir una notificación de cualquier divulgación de su información de salud que hayamos hecho, excepto para los usos y divulgaciones de tratamiento, pago y operaciones de cuidados de la salud, según se ha descrito previamente.

Para pedir esta lista de divulgaciones, debe presentar su petición en un formulario que proporcionará PPMM. Su petición debe declarar un periodo de tiempo que no sea mayor que seis años y que no incluya fechas anteriores al 14 de abril de 2003. [La fecha de vigencia del Reglamento de Confidencialidad (Privacy Regulation).] La primera lista de divulgaciones que pida dentro de un periodo de 12 meses será gratuita. Para obtener listas adicionales, es posible que le cobremos por los costos de proporcionar la lista. Le avisaremos del

costo involucrado y usted puede escoger retirar o modificar su petición en ese momento, antes de incurrir en los costos. Le enviaremos por correo una lista de divulgaciones impresa en papel dentro de los 30 días de su petición, o le notificaremos que no podemos proporcionar la lista dentro de ese período de tiempo y para cuál fecha podemos proporcionar dicha lista; pero esta fecha no debería exceder un total de 60 días desde la fecha en que hizo la petición.

**Derecho a pedir restricciones:** Usted tiene el derecho a pedir una restricción o limitación de la información de la salud que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de cuidados de la salud. Usted también tiene el derecho de pedir un límite en la información de salud que divulgamos sobre usted a alguien que está involucrado en su cuidado o en el pago para su cuidado.

Si bien trataremos de cumplir con su petición de restricciones, no se nos requiere hacerlo si no nos resulta posible para asegurar nuestro cumplimiento con la ley o si pensamos que tendrá un impacto negativo sobre el cuidado que podamos proporcionarle. Si decidimos no cumplir con su petición para las restricciones, le avisaremos por escrito sobre nuestras razones por haber tomado esta decisión. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su petición a menos que se necesite la información para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para pedir una restricción, debe hacer su petición en un formulario que le entregaremos. En su petición, debe decirnos qué información quiere limitar y a quién quiere que correspondan los límites.

#### **Derecho a pedir comunicaciones**

**confidenciales:** Usted tiene el derecho a pedir que nos comuniquemos con usted con respecto a los asuntos sobre la salud de cierta manera o en cierta ubicación. Por ejemplo, puede pedir que solamente nos pongamos en contacto con usted en el trabajo o por correo en un apartado postal. Durante nuestro proceso de inscripción, le preguntaremos cómo desea recibir las

comunicaciones sobre sus cuidados de la salud o cualquier otra indicación sobre avisarle con respecto a su información de salud. Intentaremos satisfacer todas las peticiones razonables.

**Derecho a una copia impresa en papel de este aviso:** Usted tiene el derecho a obtener una copia impresa en papel de este Aviso en cualquier momento al pedirlo. También puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web: [www.ppmarmonte.org](http://www.ppmarmonte.org).

#### **MENORES DE EDAD Y PERSONAS CON TUTORES**

PPMM cumple con las Leyes de Consentimiento de Menores de Edad en su entrega de servicios, tanto California como en Nevada. A menos que corresponda una excepción específica, un tutor o padre de un menor de edad debe consentir al cuidado médico. Las excepciones incluyen las que se describen a continuación, que están relacionadas específicamente a la esfera de servicios de PPMM.

- Un menor de cualquier edad puede consentir al cuidado médico relacionado con la prevención o el tratamiento del embarazo, con excepción de la esterilización. (Código Familiar de California 6925 [Cal Family Code]) No se permite al proveedor de cuidados de la salud informar al padre ni al tutor legal del menor de edad. (Código de Salud y Seguridad de California 123110 (a) y 123115 (a) [Cal. Health & Safety Code])
- Un menor de cualquier edad puede recibir métodos anticonceptivos sin consentimiento de los padres (Código Familiar de California 6925 [Cal Family Code]). No se permite al proveedor de cuidados de la salud informar al padre ni al tutor legal del menor de edad. (Código de Salud y Seguridad de California 123110 (a) y 123115 (a) [Cal. Health & Safety Code])
- Un menor de cualquier edad puede consentir a un aborto planeado sin consentimiento de los padres y sin permiso del tribunal. (Academia Americana de Pediatría v. Lundgren [American Academy of Pediatrics v. Lungren] 16 Cal. 4th 307 (1997)). No se permite al proveedor de cuidados de la salud informar al padre ni al tutor legal del menor de edad. (Código de Salud y Seguridad de California 123110 (a) y 123115 (a) [Cal. Health & Safety Code])

- Un menor de cualquier edad que tenga una condición médica o lesión que se considera una emergencia pero cuyo padre o tutor no está disponible para dar su consentimiento tiene el derecho de dar su consentimiento para recibir los servicios médicos. (Código de Comercio y Profesionales de California 2397 [Cal Business and Professions Code]) El proveedor de cuidados de la salud debe informar al padre o al tutor del menor de edad.
- Un menor de 12 años de edad y mayor es competente para dar el consentimiento escrito para hacerse una prueba para el VIH. (Código de Salud y Seguridad de California 121020 [Cal Health and Safety Code]) No se permite al proveedor de cuidados de la salud informar al padre ni al tutor legal sin el consentimiento del menor de edad. (Código de Salud y Seguridad de California 123110 (a) y 123115 (a) [Cal. Health & Safety Code])
- Un menor de 12 años de edad y mayor puede consentir al diagnóstico y/o tratamiento para las enfermedades comunicables infecciosas y contagiosas y para las enfermedades transmitidas sexualmente. (Código Familiar de California 6926 [Cal Family Code]) No se permite al proveedor de cuidados de la salud informar al padre ni al tutor legal sin el consentimiento del menor de edad.

QUEJAS: Si piensa que sus derechos de confidencialidad han sido violados, puede entablar una queja con PPMM o con el Secretario del Departamento de Servicios de Salud y Humanos (Secretary of the Department of Health and Human Services). Para entablar una queja: "The Privacy Official at Planned Parenthood Mar Monte" (Funcionario de Confidencialidad en Planned Parenthood Mar Monte). Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. No será penalizado por entablar una queja.

#### OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN DE

**SALUD:** Otros usos y divulgaciones de información de salud no cubiertos por este Aviso ni por las leyes que nos

corresponden se harán solamente con su permiso escrito. Si proporciona permiso para usar o divulgar información de salud sobre usted, usted puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos información de salud sobre usted debido a las razones cubiertas por su autorización escrita. Usted comprende que no podemos exigir la devolución de cualquier divulgación que ya hayamos hecho con su permiso y que la ley nos requiere retener los informes del cuidado que le hemos proporcionado.

**CAMBIOS A ESTE AVISO:** En el momento que se preparó este Aviso, PPMM aún no disponía de una comparación definida y completa entre las Leyes de Confidencialidad de California (California Privacy Laws) y los reglamentos HIPAA. Cuando esta información se haga disponible, tal vez requiera adiciones y/o correcciones al Aviso de Prácticas de Confidencialidad de Información de Salud (Notice of Health Information Privacy Practices). PPMM se reserva el derecho a hacer estos cambios y otros apropiados. También nos reservamos el derecho a poner en vigor el Aviso revisado o cambiado con respecto a información de salud que ya tenemos sobre usted así como de aquella que cambiemos o recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del Aviso actual en nuestras clínicas y en el sitio web de PPMM ([www.ppparmonte.org](http://www.ppparmonte.org)). La fecha de vigencia de este Aviso es el 14 de abril de 2003. Además, cada vez que se inscriba para recibir un tratamiento o servicios de cuidados de salud en PPMM, tendrá una oportunidad de revisar y recibir una copia del aviso actual en vigor.



---

**RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE  
CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DE**

**POR ESTE MEDIO RECONOZCO** haber recibido el AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LA SALUD de Planned Parenthood Mar Monte.

Haga el favor de escribir su nombre en letras de molde, firmar y escribir la fecha, según se indica a continuación:

Nombre:

---

(haga el favor de usar letras de molde)

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

\_\_\_\_\_

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

(Este reconocimiento se guardará en su informe médico)