



Planned Parenthood Los Angeles

## **NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS PRIVADAS DE INFORMACIÓN DE LA SALUD**

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN DE LA SALUD**

**PUEDE SER UTILIZADA O DIVULGADA POR  
PLANNED PARENTHOOD LOS ANGELES (“PPLA”)  
Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN**

**1 de septiembre de 2014**

### **REVISE ATENTAMENTE ESTA NOTIFICACIÓN**

Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación, contáctese con PPLA al (213) 284-3200 y pregunte por el Oficial de Privacidad. También puede contactarse con el Oficial de Privacidad de PPLA en 400 West 30<sup>th</sup> Street, Los Ángeles, California 90007.

### **NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE LA SALUD**

Comprendemos que la información de la salud sobre usted y su atención de la salud es personal. Nos comprometemos a proteger su información de la salud. Crearemos un registro de la atención y los servicios que recibe de nuestra parte. Lo hacemos para brindarle atención de calidad y para cumplir con cualquier requisito legal o reglamentario.

Esta Notificación se aplica a todos los registros generados o recibidos por PPLA, ya sea que nosotros hayamos documentado la información de la salud u otro proveedor de atención de la salud nos lo haya enviado. La presente Notificación le informará los modos en que podemos utilizar o divulgar su información de la salud. También describe sus derechos a la información de la salud que conservamos sobre usted y describe ciertas



Planned Parenthood Los Angeles

obligaciones que tenemos en relación al uso y divulgación de su información de la salud.

Nuestro compromiso con respecto a su información de la salud está respaldado por las leyes federales y estatales. Las disposiciones de privacidad y seguridad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos ("HIPAA") nos exigen:

- Asegurarnos de que la información de la salud que lo identifica se conserve de forma privada;
- Poner a disposición esta notificación sobre nuestras obligaciones legales y prácticas privadas con respecto a su información de la salud; y
- Respetar los términos de la notificación que esté actualmente vigente.

## **CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE LA SALUD**

Las siguientes categorías describirán los diferentes modos en que podemos utilizar o divulgar la información de la salud sobre usted. Salvo disposición en contrario, cada uno de estos usos y divulgaciones se puede realizar sin su permiso. Para cada categoría de uso o divulgación, le explicaremos lo que queremos decir y daremos algunos ejemplos. No se enumerará cada uso o divulgación dentro de una categoría. Sin embargo, a menos que solicitemos una autorización por separado, todas las formas en que estamos autorizados a utilizar y divulgar información entrarán dentro de una de las categorías.

**Para tratamiento:** Podemos utilizar su información de la salud para brindarle servicios y un tratamiento de atención de la salud. Podemos divulgar información de la salud sobre usted a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina, voluntarios u otro personal que esté

involucrado en cuidarlo. Pueden trabajar en nuestros consultorios, en un hospital si usted está hospitalizado bajo nuestra supervisión o en el consultorio, laboratorio, farmacia de otro médico u otro proveedor de atención de la salud a quien lo podemos derivar para que realice una consulta, realice radiografías, pruebas de laboratorio, ordene recetas o con cualquier otro fin relacionado con un tratamiento. Por ejemplo, un médico que lo atiende puede necesitar saber si usted tiene diabetes porque esto puede retrasar el proceso de curación. Podemos brindar esa información a un médico que lo atiende en otra institución.

**Para pago:** Podemos utilizar y divulgar la información de la salud sobre usted para que el tratamiento y los servicios que recibe de parte nuestra le sean facturados y se le pueda cobrar el pago a usted, una compañía de seguro, un programa de gobierno como Medicare o una agencia estatal Medi-Cal/Medicaid o un tercero. Por ejemplo, podemos necesitar brindarle a su plan de seguro médico información acerca de su visita al consultorio para que su plan médico nos pague o le reembolse el dinero de la visita. De forma alternativa, podemos necesitar darle su información de la salud a la agencia estatal Medi-Cal/Medicaid para que se nos reembolse el dinero por brindarle servicios. En algunas instancias, podemos necesitar informarle a su plan médico sobre un tratamiento que recibirá para obtener la aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

**Para operaciones de atención de la salud:** Podemos utilizar y divulgar la información de la salud sobre usted para operaciones de nuestra práctica de la atención de la salud. Estos usos y divulgaciones son necesarios para realizar nuestra práctica y asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar información de la salud para revisar nuestros servicios y tratamiento y para evaluar el desempeño de nuestro personal con respecto a la atención que le brinda. También podemos combinar información de la salud sobre varios pacientes para decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, qué servicios no son necesarios, si determinados tratamientos nuevos son efectivos o para comparar cómo nos va con otros proveedores de atención de la salud y para ver dónde podemos realizar mejoras. Podemos eliminar información que lo identifique de este conjunto

de información de la salud para que otros puedan utilizarla para estudiar la prestación de atención de la salud sin saber quiénes son nuestros pacientes específicos.

**Recordatorios de citas:** Podemos utilizar y divulgar información de la salud para contactarlo como recordatorio de que tiene una cita. Infórmenos si no desea que lo contactemos en relación a su cita o si desea que utilicemos un número de teléfono o dirección diferente para contactarlo con este fin.

**A las personas involucradas en su atención o pago de su atención:** A menos que nos haya informado por escrito que no desea que lo hagamos (ver también las Protecciones Especiales para Menores de edad a continuación), podemos brindarles su información médica a miembros de la familia u otras personas involucradas en su atención médica. También podemos brindarle información médica a una persona que colabore con el pago de su atención. En la extraña situación de que ocurra un desastre natural o similar, podemos divulgar información médica sobre usted a una organización que asiste en caso de catástrofes para que su familia sea notificada sobre su estado, ubicación y condición.

**Protecciones Especiales a Menores de edad:** En California, existen determinadas circunstancias en que los menores de edad reciben protecciones especiales frente a la divulgación de su información médica. Si usted es menor de edad, debe brindarnos una autorización escrita para divulgar información en determinadas circunstancias. Por ejemplo, no podemos brindar su información médica a sus padres o tutores sin su autorización firmada por escrito en la mayoría de las circunstancias en que la atención involucre embarazo, anticoncepción, aborto, enfermedades contagiosas o de transmisión sexual, SIDA/VIH, atención de la salud mental y un tratamiento contra el consumo excesivo de drogas y alcohol.

**Categorías especiales de información:** En algunas circunstancias, su información de la salud puede estar sujeta a restricciones que pueden limitar o impedir algunos usos o divulgaciones descritas en esta

notificación. Por ejemplo, existen restricciones especiales con respecto al uso o divulgación de ciertas categorías de información (por ejemplo, análisis de HIV o tratamiento de condiciones de salud mental o consumo excesivo de alcohol y drogas). Los programas gubernamentales de beneficios de salud, como Medi-Cal, también pueden limitar la divulgación de información del beneficiario con fines que no se relacionan con el programa.

**Investigación:** Puede haber situaciones en que deseemos utilizar y divulgar información de la salud sobre usted con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar la comparación de la eficacia de un medicamento con respecto a otro. Para cualquier proyecto de investigación que utilice su información de la salud, obtendremos su autorización o le solicitaremos a una Junta de Privacidad o Revisión Institucional que renuncie al requisito de obtener autorización. La renuncia a la autorización se basará en las garantías de dicha Junta de que los investigadores protegerán, de forma adecuada, su información de la salud.

**Actividades de recaudación de fondos:** Podemos utilizar su información de la salud para contactarlo en un esfuerzo por recaudar dinero para nuestras operaciones sin fines de lucro. Usted tiene el derecho de optar por no recibir estas comunicaciones. Infórmenos si no desea que lo contactemos por la recaudación de fondos.

**Según sea requerido por ley:** Divulgaremos su información de la salud cuando sea requerido por la ley federal, estatal o local.

**Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad:** Podemos utilizar y divulgar su información de la salud cuando sea necesario para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación solo se realizará a una persona capaz de ayudar a evitar la amenaza.

**Militares y veteranos:** Si es un miembro de las fuerzas armadas o es separado/despedido del servicio militar, podemos brindar su información de la salud según sea requerido por las autoridades militares o el Departamento de Asuntos de los Veteranos según corresponda. También podemos brindar información de la salud sobre el personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras adecuadas.

**Indemnización por accidentes de trabajo:** Podemos brindar su información de la salud a los programas de indemnización por accidentes de trabajo o programas similares. Estos programas brindan beneficios en caso de enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

**Riesgos de salud pública:** Podemos divulgar su información de la salud para las actividades relacionadas con la salud pública. Estas actividades generalmente incluyen:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Informar nacimientos y fallecimientos;
- Informar abuso y abandono de menores;
- Informar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- Notificar a personas de retiros de medicamentos que pueden estar utilizando;
- Notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o diseminar una enfermedad o condición;
- Notificar a la autoridad gubernamental apropiada si consideramos que usted ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. Solo realizaremos esta divulgación si está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por ley.

**Actividades de supervisión de salud:** Podemos divulgar información de la salud a una agencia de supervisión de salud para las actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y certificaciones. Estas

actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de atención de la salud, los programas gubernamentales y para cumplir con las leyes de derechos civiles.

**Acciones legales y disputas:** Si usted es parte de una acción legal o disputa, podemos divulgar su información de la salud en respuesta a una orden emitida por un tribunal judicial o administrativo. También podemos divulgar su información de la salud en respuesta a una citación, solicitud de producción de pruebas o cualquier otro proceso legal por otra persona involucrada en la disputa, pero solo después de haber realizado esfuerzos para informarle sobre la solicitud y usted cuenta con tiempo para obtener una orden que proteja la información solicitada.

**Policía:** Podemos brindar información de la salud a oficiales de policía:

- En respuesta a una orden judicial, citación, orden de arresto, orden de comparecencia o proceso similar;
- Para identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, testigo ocular o persona desaparecida cuando sea solicitado por oficiales de policía o aquellos que los asistan (por ejemplo, anuncios de personas desaparecidas en televisión, radio, diarios, alertas AMBER);
- Si usted es víctima de un delito y (1) usted presta su consentimiento o (2) no podemos obtener su consentimiento debido a su incapacidad u otra emergencia;
- Acerca de un fallecimiento que creemos puede ser el resultado de una conducta delictiva;
- En una instancia de conducta delictiva en nuestras instalaciones; y
- En circunstancias de emergencia, para denunciar un delito; el lugar del delito o las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

**Reclusos:** Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de policía, podemos brindar información de la salud sobre usted a la institución correccional u oficial de policía. Esta

divulgación sería necesaria: (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institución correccional.

**Médicos forenses, supervisores de la salud y directores funerarios:**

Podemos divulgar información de la salud a un médico forense o supervisor de la salud. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar una persona fallecida o determinar la causa del fallecimiento. También podemos divulgar información de la salud sobre pacientes a directores funerarios según sea necesario para desempeñar sus funciones.

**USOS DE INFORMACIÓN DE LA SALUD QUE REQUIEREN  
AUTORIZACIÓN**

Los siguientes usos y divulgaciones de información de la salud se realizarán solo con su permiso escrito:

- La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia
- Usos y divulgaciones de información de la salud protegida con fines comerciales;
- Usos y divulgaciones que constituyen la venta de su información de la salud protegida;
- Otros usos y divulgaciones de información de la salud no cubierta por esta Notificación o las leyes que nos correspondan.

Si usted no otorga el permiso para usar o divulgar su información de la salud, puede revocar ese permiso por escrito en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no utilizaremos ni divulgaremos información de la salud sobre usted por las razones cubiertas por su autorización escrita. Usted comprende que no podemos retirar las divulgaciones ya realizadas con anterioridad a dicha revocación y que se nos solicita que conservemos los registros de la atención que le brindamos.

**Vacunas:**

Las siguientes divulgaciones de información de la salud se realizarán solo con su permiso oral o escrito o, si usted es menor de edad, de acuerdo con



la ley aplicable, el permiso de su padre, tutor u otra persona en lugar de sus padres (salvo que sea un menor emancipado):

- Nuestra divulgación del certificado de vacunación a una escuela donde la ley correspondiente exija que la escuela cuente con dicha información antes de admitirlo como un estudiante.

Usted o, según corresponda, su padre, tutor u otra persona en lugar de sus padres (salvo que sea un menor emancipado) puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si se revoca dicho permiso, ya no divulgaremos su información de la salud de esta manera. Sin embargo, tenga en cuenta que esto puede afectar su admisión a cualquier escuela aplicable. Usted comprende que no podemos retirar las divulgaciones ya realizadas con anterioridad a dicha revocación y que se nos solicita que conservemos los registros de la atención que le brindamos.

### **SUS DERECHOS RELACIONADOS CON SU INFORMACIÓN DE LA SALUD**

Usted cuenta con los siguientes derechos relacionados con la información de la salud que conversamos sobre usted:

#### **Derecho a inspeccionar y copiar:**

Usted tiene determinados derechos de inspeccionar y copiar la información de la salud que se puede utilizar para tomar decisiones sobre su atención. Generalmente, esto incluye registros médicos y de facturación pero no incluye notas de psicoterapia.

Para inspeccionar y copiar información de la salud que se puede utilizar para tomar decisiones con respecto a usted, debe presentar su solicitud por escrito en un formulario que nosotros le brindamos al Secretario de Registros Médicos de PPLA en 400 West 30<sup>th</sup> Street, Los Ángeles, California 90007. Si utilizamos o conservamos su información de la salud en un formato electrónico, también tiene el derecho de obtener su información de la salud en formato electrónico o transmitirlo directamente a otra persona o entidad. Si solicita una copia de su información de la salud, podemos cobrar un cargo por los costos de localización, copia, envío u otros suministros y servicios asociados con su solicitud.

Las leyes de California brindan acceso más rápido a los registros que HIPAA. De acuerdo con las leyes de California, puede revisar su información de la salud dentro de los cinco días hábiles de nuestra recepción de su solicitud. Si usted solicita una copia de su información de la salud, debemos brindarle la copia dentro de los 15 días de que hayamos recibido la solicitud.

Podemos rechazar su solicitud de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información de la salud, puede solicitar, en determinadas instancias, que se revise esa denegación. Otro profesional de atención médica autorizado elegido por nuestra práctica revisará su solicitud y la denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que rechazó su solicitud inicial. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

**Derecho a modificar:** Si considera que la información de la salud que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, nos puede solicitar que modifiquemos dicha información. Usted tiene el derecho de solicitar una modificación siempre y cuando nosotros conservemos esa información. Para solicitar una modificación, su solicitud se debe realizar por escrito en un formulario que nosotros le brindamos y la debe presentar al Oficial de Privacidad de PPLA.

Podemos rechazar su solicitud de modificación si no se realiza en el formulario que brindamos y si no incluye una razón para respaldar la solicitud. Asimismo, podemos rechazar su solicitud si nos solicita que modifiquemos información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación;
- No es parte de la información médica que nuestra práctica conserva;
- No es parte de la información a la que usted tendría permiso para inspeccionar o copiar; o
- Es precisa y completa.

Cualquier modificación que realizamos a su información de la salud será divulgada a aquellos con quienes divulgamos información según se especificó anteriormente.

**Derecho a un detalle de divulgaciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una lista (detalle) de cualquier divulgación de su información de la salud que hayamos realizado, salvo aquellos usos y divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud, según se describió anteriormente.

Para solicitar una lista de divulgaciones, debe presentar su solicitud en un formulario que nosotros le brindaremos. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo, que no podrá ser mayor a seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera lista de divulgaciones que solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratuita. En el caso de listas adicionales, podemos cobrarle por los costos que conlleva la provisión de la lista. Le notificaremos el costo y usted podrá elegir retirar o modificar su solicitud en cualquier momento antes de incurrir en ningún costo. Le enviaremos una lista de divulgaciones de forma escrita dentro de los 30 días de su solicitud o lo notificaremos si no podemos brindarle la lista dentro de ese periodo de tiempo y para qué fecha podemos brindarle la lista. Pero, esta fecha no deberá exceder un total de 60 días desde la fecha en que realiza la solicitud.

**Derecho a solicitar restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación de su información de la salud que utilizamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud. También tiene el derecho de solicitar un límite de su información de la salud que divulgamos a una persona que participe en su atención o el pago de su atención. Por ejemplo, puede solicitar que el acceso a su información de la salud sea negado a un miembro en particular de nuestro personal que usted conoce personalmente. ***A pesar de que intentaremos adoptar su solicitud de realizar restricciones, no tenemos la obligación de hacerlo*** si no nos resulta posible garantizar nuestro cumplimiento de la ley o si consideramos que impactará de forma negativa en la atención que le podamos brindar. Sin embargo, debemos aceptar cualquier solicitud que realice con respecto a la restricción de

divulgaciones de información de la salud protegida a aseguradoras de salud si usted pagó totalmente por los servicios de salud que pertenecen a dichas divulgaciones utilizando su propio dinero. Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con ella a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia. Para solicitar una restricción, debe realizar su solicitud en un formulario que nosotros le brindaremos. En su solicitud, debe decirnos qué información desea limitar y a quién quiere aplicarle los límites.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted por cuestiones de salud de cierta forma o en un determinado lugar. Por ejemplo, puede solicitar que nos contactemos únicamente a su trabajo o por correo a un apartado postal. Durante nuestro proceso de admisión, le preguntaremos cómo desea recibir las comunicaciones sobre su atención de la salud o en el caso de cualquier otra instrucción sobre cómo notificarlo sobre su información de la salud. Adoptaremos todas las solicitudes razonables.

**Derecho a recibir una copia impresa de esta Notificación:** Tiene el derecho de obtener una copia impresa de esta Notificación en cualquier momento ante requerimiento, incluso si ha recibido la Notificación de forma electrónica. También puede obtener una copia de esta Notificación en nuestro sitio web [www.pplosangeles.org](http://www.pplosangeles.org).

**Derecho a recibir una Notificación de Incumplimiento:** Las leyes federales y estatales nos solicitan que le notifiquemos después de un incumplimiento con respecto a su información de la salud protegida no asegurada.

### **MODIFICACIONES A ESTA NOTIFICACIÓN**

Nos reservamos el derecho de modificar esta Notificación. Nos reservamos el derecho de validar la Notificación revisada o modificada con respecto a la información de la salud que ya tenemos sobre usted como



Planned Parenthood Los Angeles

también cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia de la Notificación actual en nuestros centros de salud y en nuestro sitio web. La Notificación contiene la fecha de entrada en vigencia en la primera página.

### **RECLAMOS**

Si usted considera que sus derechos de privacidad fueron violados, nos puede presentar un reclamo o lo puede presentar ante la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Para presentarnos un reclamo, contáctese con el Oficial de Privacidad de PPLA al número de teléfono y dirección que aparece al comienzo de esta Notificación. Todos los reclamos se deben presentar por escrito. **No se ejercerán represalias en su contra por presentar un reclamo.**

También puede contactarse con las siguientes agencias:

La Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos con un reclamo. Visite <http://www.hhs.gov/ocr/> para obtener la información de contacto actualizada de la OCR.

La Oficina de Información de Privacidad de California al:  
<http://oag.ca.gov/privacy>

El Departamento de Salud Pública de California ("CDPH")  
[www.cdph.ca.gov](http://www.cdph.ca.gov) o Información General al (916) 558-1784