Privacy Officer, Barton Health
P.O. Box 9578
South Lake Tahoe, CA 96158
(530) 543-5975

ACUSE DE RECIBO DE NOTIFICACÓN CONJUNTA DE PRÁTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

Reconozco que he recibido una copia de la Notificación Conjunta de Prácticas de Confidencialidad de Barton Health.

Firma del paciente, tutor o parte responsable: _____

Nombre en letra molde:_____ Relación: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): _____

Fecha de firma (MM/DD/YYYY): _____ Hora: _____

☐ Signed acknowledgment received

Staff Printed Name: _____

☐ Acknowledgment refusal

Staff Printed Name: _____

Describe good faith efforts to obtain acknowledgment:

_____

Describe reasons why acknowledgment was not obtained:

_____

Staff Signature: _____

Staff Printed Name: _____

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

SUS DERECHOS

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.
- Usted tiene el derecho a optar por no participar en el directorio de pacientes, lo que restringirá o prohibirá el uso o la divulgación de información médica protegida en el directorio de pacientes del hospital según la Ley de California AB 894.
- Divulgaciones sobre Trastornos por Consumo de Sustancias (SUD, por sus siglas en inglés): tiene derecho a solicitar la restricción de divulgaciones para fines de tratamiento, pago u operativos, divulgaciones a planes de salud cuando los paga el paciente, derecho a una contabilidad de las divulgaciones de registros de SUD en tres años anteriores, derecho a obtener una copia impresa o electrónica del NPP y derecho a discutir el NPP con el contacto del programa SUD y derecho a optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos.

➤ Ver página 2 para más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos.

SUS OPCIONES

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Contactamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudación fondos.

➤ Ver página 3 para más información sobre estas opciones y cómo ejercerlas.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

➤ Ver páginas 3 y 4 para más información sobre estos usos y divulgaciones.

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico	• Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médica y otra información de salud que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo. • Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.
Solicitarnos que corrijamos su historial médico	• Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que piensa • que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. • Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.
Solicitar Comunicaciones confidenciales	• Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente. • Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.
Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos	• Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención. • Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.
Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información	• Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué. • Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año, pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.
Obtener una copia de esta notificación de privacidad	• Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.
Elegir a alguien para que actúe en su nombre	• Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. • Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.
Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos	• Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1. • Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hippa/complaintscompaints/. • No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

SUS OPCIONES

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si usted tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:	• Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención. • Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe. • Incluyamos su información en un directorio hospitalario. *Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*
En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:	• Propósitos de mercadeo. • Venta de su información. • La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.
En el caso de recaudación de fondos:	• Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

¿Cómo utilizamos o compartimos su información médica?

Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento	• Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.	***Ejemplo:*** *Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.*
Manejo de nuestra organización	• Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.	***Ejemplo:*** *Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.*
Factura por sus servicios	• Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.	***Ejemplo:*** *Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.*

continúa en la próxima página

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos.

Registros de Consumo de Sustancias: Los registros que proporcionamos pueden incluir información sobre el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD). Estos registros están protegidos por la ley federal (42 C.F.R. Parte 2). Si el destinario es una entidad cubierta o un socio comercial sujeto a la HIPAA, la información podrá ser divulgada según lo permita la HIPAA, excepto que no podrá utilizarse ni divulgarse para procedimientos, civiles, penales, administrativos o legislativos contra el paciente sin una orden judicial específica. El paciente puede revocar su consentimiento en cualquier momento, a menos que la divulgación ya se haya realizado.

Para más información, visite:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad	• Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como: • Prevención de enfermedades. • Ayuda con el retiro de productos del mercado. • Informe de reacciones adversas a los medicamentos. • Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica. • Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.
Realizar investigaciones médicas	• Podemos utilizar o compartir su información para el manejo de nuestra organización, mejorar su atención, y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
Cumplir con la ley	• Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.
Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos	• Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
Trabajar con un médico forense o director funerario	• Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.
Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales	• Podemos utilizar o compartir su información médica: • En reclamos de compensación de trabajadores. • A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad. • Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley. • En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.
Responder a demandas y acciones legales	• Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Socios comerciales: Podemos divulgar información de salud a nuestros socios comerciales a quienes contratamos para prestar servicios en nuestro nombre. Por ejemplo, servicios de transcripción, servicios de cobro, etc.
Divulgaciones indirectas: Determinadas divulgaciones indirectas de su información de salud pueden ocurrir como un derivado de usos y divulgaciones permitidas. Por ejemplo, un/a compañero/a de cuarto en urgencias puede involuntariamente escuchar una discusión sobre el cuidado de su salud si comparte un cuarto.
Usos y divulgaciones con autorización: Otros usos y divulgaciones de su información de salud no contemplados en esta notificación ni en las leyes que se aplican se realizaran solo con su autorización escrita. Si nos da autorización escrita, puede revocar dicha autorización en cualquier momento. Sin embargo, la revocación solamente tendrá efecto en conjunto con su autorización.
Autorizaciones especiales: Determinada información, como la información relativa al abuso/tratamiento de drogas y alcohol, SIDA/VIH y salud mental pueden estar sujetas a protecciones legales adicionales y a autorización escrita individual.
La divulgación de las notas de psicoterapia requiere una autorización especifica firmada y por escrito en todas las instancias.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html**.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

E-8700-0001-Version: 4; Creation: 4/3/03; Rev. 3/21/08; 9/23/13; 3/2018; 10/01/2019; 02/16/2026

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.
A los efectos de cumplir con leyes federales de privacidad y de seguridad en cuanto a las actividades llevadas a cabo ya sea en o por medio de Barton HealthCare System "Barton," "Barton Health" forma parte de un Convenio de Servicios Médicos Organizados (Organized Health Care Arrangement, OHCA, por sus siglas en ingles), tal y como lo define la ley 45. C.F.R.164.501. Todos los proveedores y proveedoras, enfermeras/os, administradores/as, empleados/as y otros/as miembros del equipo, voluntarios/as y socios comerciales de Barton HealthCare System, o Barton Health, tendrán que cumplir esta Notificación. Estas entidades, lugares o sucursales pueden compartir datos entre ellos con el fin de facilitar tratamiento, pago o temas operativos relacionados a la gestión de servicios médicos.

En caso de tener alguna pregunta sobre esta Notificación o si quiere presentar un reclamo, le rogamos ponerse en contacto con: Oficial de Privacidad, Barton Health
P.O. Box 9578
South Lake Tahoe, CA 96158
(530) 543-5975