

**Centro de Diabetes**  
**Informe sobre su derecho a la privacidad de su historia médica**  
**(Notice of Privacy Practices)**

**ESTE INFORME DESCRIBE CÓMO SE PODRÍA UTILIZAR/REVELAR/COMPARTIR/COPIAR O DIVULGAR SU HISTORIA MÉDICA. SE DESCRIBE TAMBIÉN CÓMO USTED PUEDE OBTENER ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE EL DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE**

**¿Por qué estoy recibiendo esta información?** La ley establece que su historia médica es confidencial y privada. Debemos informarle sobre nuestros deberes legales y reglas de privacidad en lo referente a información sobre su salud.

Este informe/aviso es un resumen sobre los deberes y derechos de nuestra oficina y nuestros clientes con respecto a la historia médica de nuestros pacientes. A menos que haya una declaración/solicitud específica, esta información no excluye/restringe el uso/revelación/copiado/divulgación de documentos relacionados a la salud de nuestros pacientes. Por ley, su historia médica se puede revelar a terceras personas, y en ciertos casos no tenemos que acceder a su solicitud de privacidad.

Es nuestro deber cumplir con este informe sobre su derecho a la privacidad de su historia médica. También tenemos el derecho a cambiar este informe, y a hacer que el nuevo informe rija en nuestros archivos. Si hiciéramos cambios a este informe, le proporcionaremos una copia actualizada en su próxima visita médica.

**¿Cómo es que usamos/copiamos y divulgamos la información médica de nuestros pacientes?** Guardamos su archivo médico, incluyendo historia clínica e información sobre facturas y pagos efectuados. Utilizamos esta información y la compartimos en los siguientes casos:

**Tratamiento:** Utilizamos su archivo para proporcionar y coordinar el mejor cuidado médico posible con otros proveedores de salud. Divulgamos esta información a otras entidades para que se proporcione al paciente el cuidado médico más apropiado. Por ejemplo, si le recomendamos que visite a un médico especialista, le enviamos al doctor copia de parte o toda su historia clínica. Esta información es muy útil para que el médico tratante le brinde un mejor servicio y evaluación.

**Pago.** Utilizamos y divulgamos su historia médica para que nos paguen el cuidado médico que le brindamos y determinar los beneficios que corresponden a los pacientes. Por ejemplo, enviamos una solicitud de pago a su aseguradora/compañía de seguro médico con información sobre los servicios proporcionados a un(a) paciente, o enviamos una factura a un miembro de la familia que es responsable por el pago de los gastos médicos del/de la paciente.

**Procedimientos en el cuidado de su salud.** Utilizamos y divulgamos su historia médica cuando es necesario. Por ejemplo, utilizamos la información sobre cada paciente en nuestras actividades internas de contabilidad financiera, y revisamos el historial médico de nuestros pacientes para asegurarnos que estamos brindando un servicio de calidad.

También compartimos información con nuestros contratistas y agentes que nos ayudan en estos procedimientos. Al firmar el contrato con dichas personas, obtenemos un acuerdo de mantener el carácter confidencial de los documentos, antes de compartir nuestra documentación. Por ejemplo, hay empresas encargadas de nuestros sistemas computarizados que podrían tener acceso a la historia médica de nuestros pacientes al proporcionarnos sus servicios profesionales.

**Contacto con el/la paciente:** Como parte de nuestros servicios lo/la llamaremos para recordarle sus citas médicas o informarle sobre las opciones de tratamiento disponibles. También lo/la podríamos contactar para ofrecerle servicios relacionados a su salud, y que podrían ser de su interés.

**Otras personas involucradas en su cuidado:** A menos que se oponga, podemos divulgar información médica a una amistad o miembro de su familia involucrado en su cuidado, si nos parece razonable.

**Otra información que se puede divulgar:** Podríamos divulgar su historia médica, sin su autorización, a agencias gubernamentales, personas u organizaciones privadas, en una variedad de circunstancias en que lo exija la ley. A continuación presentamos una lista de los diferentes casos en que debemos compartir su historia médica, sin su autorización.

- Divulgación de información que requiera la ley estatal o federal
- Divulgación de información a una autoridad de salud pública o a otras personas relacionadas con actividades de salud pública
- Divulgación de información a agencias gubernamentales autorizadas para recibir informes sobre el abuso o abandono de menores de edad, o adultos dependientes, o en casos de violencia doméstica
- Divulgación de información a ciertas agencias encargadas del sistema de salud; auditores, inspectores o investigadores acreditados
- Divulgación de información para procesos judiciales y administrativos, tales como juicios y demandas
- Divulgación de información a las agencias encargadas de hacer cumplir la ley
- Divulgación de información al médico forense (en fallecimientos) o al médico examinador
- Divulgación de información a agencias que coordinan la donación de órganos, si usted es o será donante
- Divulgación de información a investigadores auspiciados por el departamento *Institutional Review Board* o la oficina que protege los derechos de privacidad
- Divulgación de información para impedir una amenaza grave a la salud o la seguridad

- Si usted pertenece a las fuerzas armadas o es veterano de guerra, podríamos proporcionar información sobre su salud a la autoridad militar correspondiente, o a la administración de veteranos para cooperar en la determinación de beneficios a veteranos. Esta información ayudará a los agentes federales involucrados en actividades de seguridad nacional, o de protección a funcionarios públicos
- Si usted es un preso de una institución correccional, o está bajo la custodia de un oficial encargado de hacer cumplir la ley, podremos compartir información sobre su salud con la institución o funcionario acreditado correspondiente
- Revelación de información a otras agencias que administran programas gubernamentales de beneficios para la salud, de acuerdo a lo que autorice o requiera la ley
- Revelación de información para cumplir con la ley de la compensación a los trabajadores

*Limitaciones.* En algunos casos la información sobre su salud puede estar restringida y tener limitaciones o impedimentos por parte de las entidades o personas arriba mencionadas. Por ejemplo, los programas de beneficios de salud gubernamentales podrían limitar la divulgación de su historia médica debido a propósitos distintos al programa. Además, existen restricciones especiales en la divulgación de información sobre su salud en casos de VIH/SIDA, tratamiento de salud mental, desarrollo de una discapacidad, y tratamiento contra el abuso de drogas y alcohol. Cumplimos con estas restricciones al compartir su historia médica con terceras personas.

*Autorización.* Con excepción de lo arriba descrito, no permitiremos otros usos o divulgación de la información sobre su salud, sin su autorización escrita, la cual usted puede anular en cualquier momento si lo hace como se indica en nuestro formulario sobre autorización para el uso o divulgación de información sobre su salud.

### Sus derechos

*¿Qué derechos tengo como paciente?* Como paciente de nuestro grupo médico usted tiene los siguientes derechos:

- Derecho a pedir que restrinjamos el uso y divulgación de su historia médica. Sin embargo, no estamos obligados a las restricciones que piden nuestros pacientes.
- Derecho a recibir comunicación confidencial de nuestra oficina. Por ejemplo, pidiendo que lo/la llamemos a un número de teléfono en particular, oficina de correos u otra dirección.
- Derecho a ver y copiar ciertos documentos de nuestros archivos. Éstos incluyen su archivo médico y registro de pagos. Bajo ciertas circunstancias, podemos negarnos a su pedido. Si nos negamos a su pedido, le daremos la razón por escrito. Usted tiene el derecho a apelar y pedir que reconsideremos la decisión tomada.
- Si usted piensa que la información en nuestros archivos está equivocada, tiene el derecho a solicitar que corriamos el documento correspondiente. Podemos negarnos a su solicitud en algunos casos. Si no aceptamos su solicitud, tiene derecho a presentar una declaración a ser incluida en su historia médica.
- Tiene derecho a recibir un informe de la divulgación no rutinaria de la información sobre su salud, hasta seis años desde la fecha de su pedido (pero no antes del 14 de abril del 2003). Hay algunas excepciones: por ejemplo, no mantenemos un registro de divulgaciones autorizadas por usted; revelaciones hechas con el propósito de algún tratamiento, obtención de pago por servicios médicos; operación de nuestros servicios médicos; fotocopiado entregado a usted; y otras formas de revelar información.
- Si usted recibe este documento en forma electrónica, tiene derecho a solicitar una copia en papel en cualquier momento.

Lo anteriormente expuesto es una declaración general sobre sus derechos. Éstos están sujetos a todas las limitaciones permitidas o requeridas por ley.

*¿Cómo ejerzo mis derechos?* Usted puede ejercer sus derechos enviando una solicitud por escrito a nuestro funcionario encargado de privacidad (*Privacy Official*) a la dirección de abajo.

*¿Cómo presento una queja si mis derechos de privacidad han sido violados?* Usted tiene derecho a presentar una queja a nuestro funcionario encargado si cree que sus derechos de privacidad han sido violados. Deberá sustentar su queja escrita con la información necesaria. También puede presentar una queja al Secretario del departamento *Health and Human Services*. No tomaremos represalia en su contra si usted presenta una queja.

|  |   |
|--|---|
| <p><i>Dirija su correspondencia a:</i></p> <p>Centro de Diabetes<br/>85 Nielson Street, Suite 201<br/>Watsoville, CA 95076</p> | <p><i>Contact the Secretary of Health and Human Services at:</i></p> <p>Secretary of Health and Human Services<br/>Office for Civil Rights<br/>50 United Nations Plaza<br/>Room 322<br/>San Francisco, CA 94102</p> |
|--|---|

CONFIRMACIÓN DE QUE HA RECIBIDO UN DOCUMENTO SOBRE SU DERECHO A  
LA PRIVACIDAD DE  
SU HISTORIA MÉDICA  
CENTRO DE DIABETES

**FIRMA**

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ a.m./p.m.

\_\_\_\_\_  
Nombre (letra de imprenta):

Firma: \_\_\_\_\_  
*(Paciente/Representante/ esposo(a)/persona que paga)*

Si este documento lo firma alguien que no sea el/la paciente, especifique su relación legal con respecto al/a la paciente:

\_\_\_\_\_