

EN ESTA NOTIFICACIÓN SE DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ELLA. POR FAVOR LÉALA DETENIDAMENTE.

Una ley federal denominada Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA", por sus siglas en inglés) ha creado nuevos derechos para las personas que se atienden en instituciones médicas. Uno de dichos derechos es tener información acerca de las normas de privacidad de la institución o proveedor de servicios médicos. *Las regulaciones federales obligan L.A. Gay & Lesbian Center (LAGLC) a proporcionar a todo cliente una copia de esta notificación sobre normas de privacidad y solicitarle que firme un documento declarando que ha recibido la notificación.*

Usted puede analizar la notificación al momento de recibirla o más tarde. En algún momento deberá leerlo detenidamente.

RESUMEN

La notificación explica lo siguiente:

- cómo usamos su información médica protegida en general;
- que nosotros, al igual que otras instituciones médicas, podemos usar y divulgar su información cuando el tratamiento lo requiere, para hacer los arreglos de cobro por los servicios prestados y para nuestro propio funcionamiento interno--no tenemos obligación de obtener otro permiso en estos casos;
- otras circunstancias en las que podemos usar o divulgar su información médica protegida sin obtener su permiso previo;
- los derechos que usted tiene en cuanto a su información médica protegida en nuestro poder, a saber:
 - tener una copia de esta notificación de privacidad;
 - analizar y copiar su información médica protegida que esté en nuestro poder;
 - conocer cómo usamos y divulgamos su información médica protegida, en los casos que no sean por tratamiento, pagos o funcionamiento interno;
 - solicitar que lo contactemos en lugares, direcciones o números telefónicos alternativos;
 - imponer restricciones a la forma en que usamos su información médica protegida;
 - pedir que se modifique la información de sus registros si piensa que está equivocada,
 - recibir una notificación por escrito si existe una violación a la privacidad de su información médica, y
 - presentar una demanda si considera que se han violado sus derechos de privacidad.

En LAGLC tomamos muy en serio la privacidad. Le recomendamos que lea esta notificación y guarde una copia para referencia futura.

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 14 DE ABRIL DE 2003

FECHA DE REVISIÓN: 17 DE FEBRERO DE 2010

RESPONSABILIDADES DE L.A. GAY & LESBIAN CENTER (LAGLC)

Según la ley sobre seguros de salud Health Information Portability and Accountability Act (HIPAA) de 1996, LAGLC debe tomar las medidas que sean necesarias para proteger la privacidad de la "información médica protegida" de sus afiliados (protected health information, PHI). La información PHI incluye datos que hemos creado o recibido sobre su salud o pagos relacionados con ella. Incluye tanto antecedentes médicos como información personal, tal como su nombre, número de seguro social, dirección y número telefónico.

Según las leyes federales debemos:

- Proteger la privacidad de la información PHI. Asegurar que todos los empleados conserven la confidencialidad de la información PHI y que reciban capacitación adecuada sobre el resguardo de la privacidad.
- Entregarle la notificación sobre normas de privacidad en la cual se explican los deberes y las normas que rigen la información PHI.
- Acatar las normas y procedimientos establecidos en la notificación.

USO Y DIVULGACIÓN POR PARTE DE LAGLC DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN.

LAGLC utiliza y divulga información PHI de diversas maneras en relación con el tratamiento de nuestros afiliados, el pago por servicios de salud y nuestras actividades operativas. A continuación se indican algunos ejemplos de cómo podemos usar o divulgar información PHI sin su autorización.¹

Podemos usar o divulgar información médica protegida sin su autorización en los siguientes casos relacionados con atenciones médicas y tratamientos de salud:

- A nuestros médicos, enfermeras y otras personas involucradas en servicios de salud.
- A nuestros distintos departamentos a fin de coordinar actividades como recetas y exámenes de laboratorio.
- A otros proveedores de salud que lo estén tratando y que no formen parte de nuestro personal, tales como dentistas, personal de servicios de emergencia y especialistas. Por ejemplo, si usted recibe atención médica por una lesión en la rodilla, puede que compartamos información PHI con su médico de atención primaria, el especialista en rodillas y su terapeuta físico para que puedan brindarle la atención médica adecuada.

Podemos usar o divulgar información médica protegida sin su autorización en los siguientes casos relacionados con el pago de servicios:

- Para facturar los servicios de salud que proporcionamos.
- A otras organizaciones y proveedores por actividades de pagos a menos que dicha divulgación esté prohibida por la ley.

Podemos usar o divulgar información médica protegida sin su autorización en los siguientes casos relacionados con actividades operativas:

- Para administrar y sustentar nuestras actividades comerciales o las de otras organizaciones que presten servicios de salud (según lo permita la ley) incluyendo proveedores y planes. Por ejemplo, podemos usar información PHI para revisar y mejorar la atención médica que usted

¹ El uso y el acceso de cierta información (tal como cierta información de la droga y del alcohol, información del VIH, información de la salud mental y los datos genéticos) se dan derecho a restricciones especiales. LAGLC se atiene a todas las leyes estatales y federales relacionadas con la protección de dicha información.

recibe y para fines de capacitación.

- A otras personas (como asesores y abogados) y organizaciones que nos ayudan en nuestras actividades comerciales (Nota: si compartimos información PHI con otras organizaciones por este motivo, ellas deben comprometerse a resguardar la privacidad de nuestros afiliados).

Podemos usar o divulgar información médica protegida sin su autorización por motivos legales y/o gubernamentales en las siguientes circunstancias:

- **Por exigencia legal**—Cuando debemos hacerlo según las leyes estatales y federales, incluyendo leyes de compensación para trabajadores.
- **Salud y seguridad públicas**—A una autoridad o funcionario autorizados de salud pública para:
 - proteger la salud y seguridad públicas.
 - prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
 - informar sobre estadísticas de registro civil tales como nacimientos y fallecimientos.
 - investigar o supervisar problemas con recetas y dispositivos médicos (por parte de la Dirección de Alimentos y Fármacos).
- **Abuso o negligencia**—A organismos gubernamentales que estén autorizados a recibir denuncias sobre abusos, negligencia o violencia intrafamiliar.
- **Organismos fiscalizadores**—A organismos que fiscalizan los servicios de salud para que puedan efectuar ciertas actividades tales como auditorias, exámenes, investigaciones, inspecciones y entrega de licencias.
- **Actos jurídicos**—Durante el transcurso de cualquier actuación legal en respuesta a una orden de un tribunal u organismo administrativo, y en ciertos casos, en respuesta a una citación, solicitud de divulgación u otros procesos jurídicos.
- **Policía**—A funcionarios policiales en circunstancias limitadas a fin de hacer cumplir la ley. Por ejemplo puede divulgarse información para identificar o localizar a un sospechoso, testigo o persona extraviada; para denunciar un delito; o para proporcionar información sobre víctimas de delitos.
- **Actividad militar y seguridad nacional**—A personal militar y funcionarios federales autorizados para fines de seguridad nacional y de inteligencia, o para brindar servicios de seguridad al presidente de los Estados Unidos.

TAMBIÉN PODEMOS USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SIN SU AUTORIZACIÓN EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- **Familiares y amigos**—A los miembros de su familia, un pariente o amigo cercano—o cualquier otra persona que usted identifique y que participe directamente en su atención médica—cuando usted no esté presente o no pueda tomar una decisión médica por sí mismo, y nosotros determinemos que dicha divulgación es por su propio bien. Por ejemplo, podríamos divulgar información PHI a un amigo que lo haya llevado a un servicio de emergencia.
- **Recordatorio de citas**—A usted, para recordarle por escrito o mediante teléfono/correo de voz que tiene una cita con nosotros. Estos recordatorios pueden realizarse mediante tarjetas postales, el teléfono y correo de voz a menos que usted nos indique específicamente que nos comuniquemos con usted usando algún otro método, tal como se describe más adelante en este documento.
- **Alternativas de tratamiento y descripción de planes**—Para darle a conocer servicios, opciones o alternativas de tratamiento, así como beneficios o servicios relacionados con la salud que pudieran interesarle.

- **Recolección de fondos**—Para comunicarnos con usted a fin de reunir fondos (sólo se divulgaría información tal como su nombre, dirección, número telefónico y las fechas en que le otorgamos tratamientos o servicios). Tendrá la oportunidad de indicarnos que no nos comuniquemos con usted por este motivo.
- **Investigación**—Para fines de investigación tanto de LAGLC como de otras organizaciones siempre que se tomen ciertas medidas a fin de resguardar la privacidad de los afiliados. Nota: Por lo general en estos casos una junta de revisión de investigaciones analizará el proyecto para garantizar que proteja adecuadamente la privacidad de los afiliados antes de que LAGLC use o divulgue información PHI.
- **Para eliminar datos de identificación**—Para eliminar datos de su información PHI que pudieran usarse para identificarlo.
- **Personal forense, directores de pompas fúnebres y encargados de donación de órganos**—A personal forense, directores de pompas fúnebres y encargados de donación de órganos según lo autorice la ley.
- **Ayuda ante desastres**—A organismos públicos o privados autorizados a fin de brindar ayuda en situaciones de desastre. Por ejemplo, podríamos divulgar información PHI para ayudar a notificar a familiares sobre su ubicación o estado general.
- **Amenaza a la salud o seguridad**—Para evitar una grave amenaza a la salud o seguridad tanto de usted como de otras personas.
- **Instituciones penales**—Si usted está recluido en una institución penal podemos divulgar su información PHI a dicha institución para ciertos fines, tales como otorgarle atención médica a usted, o proteger la salud y seguridad de usted y los demás.
- **Socios del negocio**—Para partes terceras quienes prestan servicios o funciones que son indispensable para nuestra empresa. Se requiere que nuestros socios del negocio, bajo contrato con nosotros, protejan la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar ninguna información, salvo lo especificado en nuestro contrato. Nuestros asociados de la empresa están también sujetos directamente a las leyes federales de privacidad.
- **Propósito de la notificación de violación de datos** —Podemos usar su información de contacto para proporcionar avisos requeridos por ley en el caso de adquisición, acceso o divulgación no autorizada de su información

USO Y DIVULGACIÓN POR PARTE DE LAGLC DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA QUE REQUIEREN LA AUTORIZACIÓN DEL AFILIADO.

A excepción de los casos antedichos, sólo usaremos y divulgaremos su información PHI con su autorización por escrito. Si usted firma una autorización, puede revocarla en cualquier momento por escrito, aunque ello no afectará a la información que se haya divulgado antes de dicha revocación.

Si desea que divulguemos su información PHI, puede obtener un formulario de Autorización Para el Uso o Divulgación de Información Médica Protegida a la Clínica Jeffrey Goodman de LAGLC, 1625 Schrader Blvd., Los Angeles, CA 90028 o llamando al 323-993-7500.

SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Usted tiene el derecho de:

- **Inspeccionar y obtener una copia de la PHI.** Usted tiene el derecho de obtener acceso a la información médica protegida que tengamos sobre usted y a copiarla durante todo el tiempo que conservemos dicha información. Para examinar o copiar su información médica protegida tiene que solicitarlo por escrito a LAGLC Privacy Office, Jeffrey Goodman Special Care Clinic, 1625 Schrader Blvd., Los Angeles, CA 90028. Si tenemos todo o una parte de su información médica en un formato electrónico, usted puede solicitar una copia electrónica de esos archivos

o puede solicitar que le enviemos una copia electrónica a cualquier parte tercera que usted nombre por escrito. Responderemos a su solicitud por escrito. Es posible que le cobremos una cuota por el costo de hacer las copias, de enviarlas o por otros materiales necesarios para cumplir con su solicitud. Existe la posibilidad de que en ciertas circunstancias limitadas deneguemos la solicitud de examinar y copiar su información. Podemos denegar la solicitud si (i) hemos determinado razonablemente que proporcionar acceso a la información médica protegida pudiera poner su vida o seguridad en peligro o causar un daño considerable a usted u otras personas, (ii) la información médica protegida menciona a otra persona y no tenemos la autorización necesaria para divulgarla o (iii) algún otro requisito legal nos prohíbe darle dicha información. Si le denegamos la solicitud, se lo notificaremos por escrito y le proporcionaremos la oportunidad de pedir que su solicitud sea reconsiderada.

Nota: Usted puede obtener los formularios que se describen a continuación a la Clínica Jeffrey Goodman de LAGLC, 1625 Schrader Blvd., Los Angeles, CA 90028 o llamando al 323-993-7500. Cuando haya terminado de completar el formulario, puede enviarlo a LAGLC Privacy Office, Jeffrey Goodman Special Care Clinic, 1625 Schrader Blvd., Los Angeles, CA 90028.

- **Solicitar la restricción de ciertos usos y divulgaciones de la información médica protegida.** Usted tiene el derecho de solicitar que se restrinja o limite el uso o divulgación que hagamos de la información médica protegida. Tiene que obtener un formulario de Solicitud de Limitación Especial Para el Uso o Divulgación de Información Médica Protegida e identificar (i) qué información en particular quisiera limitar, (ii) si desea limitar el uso, la divulgación o ambos y (iii) a quién quiere que correspondan los límites. A pesar de que consideraremos su solicitud cuidadosamente, no se nos exige estar de acuerdo con dichas restricciones (sin embargo, se requiere que estemos de acuerdo con su solicitud con fin de restringir la divulgación de PHI a un plan médico para que efectúe pagos u operaciones médicas si el PHI está relacionado únicamente a un producto médico o a un servicio que usted ya haya pagado en su totalidad). Proporcionaremos una respuesta por escrito. Si aceptamos la restricción del uso o divulgación de su información médica protegida, no aplicaremos dichas restricciones en caso de que ocurra una situación de urgencia. También tenemos el derecho de poner fin a la restricción si: (i) usted lo acepta verbalmente o por escrito o (ii) si le informamos que le hemos puesto fin. Esto entrará en vigor sólo en lo que se refiere a la información médica protegida sobre usted que haya sido creada o recibida después de haberle informado que le hemos puesto fin a las limitaciones o restricciones.
- **Solicitar comunicaciones sobre la información médica protegida por otros medios o en otros lugares.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedir que nos pongamos en contacto con usted sobre asuntos médicos sólo por escrito a una dirección específica. Tiene que obtener un formulario de Solicitud de Limitación del Método o Forma de Comunicar Avisos Confidenciales e indicar cómo, dónde y cuándo desea que nos pongamos en contacto con usted. Atenderemos todas las solicitudes razonables.
- **Solicitar que se corrija su PHI.** Si piensa que su información médica protegida que tenemos está incompleta o incorrecta, puede pedirnos que hagamos la corrección. Puede solicitar que hagamos la corrección durante todo el tiempo que conservemos la información médica protegida. Tiene que obtener un formulario de Solicitud de Enmienda de Información Médica Protegida e identificar (i) la información que desea corregir, (ii) las correcciones que desea que hagamos y (iii) por qué hay necesidad de corregir la información. Responderemos a su solicitud por escrito. En nuestra respuesta (i) aceptaremos hacer la corrección o (ii) le informaremos que nos negamos a hacer la corrección, explicaremos nuestras razones y le indicaremos cualquier procedimiento disponible para que pueda apelar la decisión. Existe la posibilidad de que deneguemos la solicitud de hacer una corrección debido a ciertas razones. Si le negamos la solicitud de hacer correcciones, también tendrá el derecho de presentar una

declaración de desacuerdo con la decisión y le proporcionaremos una refutación a su declaración.

- **Recibir una relación de las divulgaciones de su información médica protegida.** Después del 14 de abril de 2003, tendrá el derecho a solicitar que le proporcionemos una relación de divulgaciones de su información médica protegida que hayamos hecho por todo motivo aparte del tratamiento, pago y otras operaciones de servicios médicos. A partir del 1 de enero de 2011, la entrega de informes sobre las divulgaciones de sus archivos médicos electrónicos incluye divulgaciones por tratamiento, pagos u operaciones. Dicha relación excluirá divulgaciones que le hayamos hecho a usted directamente, divulgaciones hechas con su autorización, usos y divulgaciones incidentales, divulgaciones a amigos y familiares que participen en el cuidado de su salud, divulgaciones para hacer una notificación y otras excepciones. Tiene que obtener un formulario de Solicitud de Informe de Divulgaciones y especificar el período de tiempo cubierto, lo cual no puede ser más de seis años (tres años para divulgaciones de sus archivos/ médicos electrónicos por tratamiento, pagos u operaciones). Responderemos a su solicitud por escrito. La primera relación que solicite dentro de un período de 12 meses se la proporcionaremos sin costo alguno, pero es posible que se le cobre por cualquier relación posterior. Le notificaremos el costo o puede decidir retirar o modificar la solicitud en ese momento.
- **Recibir notificación por escrito de una divulgación.** Investigaremos todo uso o divulgación sin autorización que sea detectado si compromete la privacidad o seguridad de PHI al presentar un gran riesgo económico, de reputación u otro daño a usted. Si determinamos que tal violación ha ocurrido, le notificaremos por correo de primera clase y (i) describiremos lo que sucedió; (ii) los pasos que debe tomar para protegerse de posibles daños como resultado de la violación; y (iii) qué es lo que estamos haciendo para investigar la violación, mitigar algún daño y proteger contra futuras violaciones.
- **Obtener una copia de la notificación cuando la solicite,** lo cual podrá hacer en cualquier momento. Para obtener una copia vaya a www.laglc.org o póngase en contacto con la Clínica Jeffrey Goodman de LAGLC, 1625 Schrader Blvd., Los Angeles, CA 90028 o llamando al 323-993-7500.

MODIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

LAGLC puede cambiar los términos de esta notificación en cualquier momento. La notificación modificada se aplicará a toda la información PHI que conservamos. Si cambiamos cualquiera de las normas descritas en esta notificación, publicaremos la notificación modificada en nuestro sitio web www.laglc.org, en la Clínica Jeffrey Goodman de LAGLC (1625 Schrader Blvd., Los Angeles, CA), y The Spot (745 N. San Vicente Blvd., West Hollywood, CA).

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si tiene consultas generales sobre esta notificación, por favor llame a George Gati, RN, Privacy Officer, al 323-993-7500.

Si usted cree que hemos violado sus derechos de privacidad o está en desacuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre el acceso a su información PHI, puede mandar una queja por escrito a LAGLC Privacy Office, Jeffrey Goodman Special Care Clinic, 1625 Schrader Blvd., Los Angeles, CA 90028. Para obtener mayor información sobre cómo presentar una queja por escrito, llame a George Gati, RN, al 323-993-7500. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios (Health and Human Services) de los Estados Unidos. No será sancionado por presentar una queja sobre nuestras normas de privacidad a nosotros o a los servicios de salud y servicios.