



Hospice by the Bay Privacy Official  
17 E. Sir Francis Drake Blvd.  
Larkspur, CA 94939  
Phone: (415) 927.2273 / Fax: (888) 204.4081

## Sus Derechos. Sus Elecciones. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información. **Por favor, léalo detenidamente.**

### Sus Derechos

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección le explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

---

#### Obtenga una copia electrónica o en papel de su expediente médico

- Usted puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su historia clínica y otra información médica que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Nosotros le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de los 30 días de su solicitud. Es posible que se le cobre una tarifa razonable basada en el costo.

---

#### Pídanos corregir su expediente médico

- Usted puede pedir que corrijamos la información médica acerca de usted que crea que esta incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos dentro de los 60 días de su solicitud.

---

#### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Usted puede pedirnos que nos contactemos con usted de una manera específica (por ejemplo, a su teléfono de su domicilio u oficina) o enviar correspondencia a una dirección diferente.
- Vamos a decir "sí" a todas las solicitudes razonables.

---

#### Pídanos limitar lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud de su tratamiento, pago o procedimientos.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y se puede decir "no" si esto afectara su cuidado.
- Si usted paga de su bolsillo en su totalidad por un servicio o artículo de atención médica, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o procesos con su aseguradora de salud.
- Vamos a decir "sí" a menos que una ley nos obliga a compartir esa información.

---

#### Obtenga una lista de aquellos con los que hemos compartido información

- Usted puede solicitar una lista (cantidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que solicite, con quien la compartimos, y por qué.
- Vamos a incluir todas las revelaciones excepto aquellos sobre el tratamiento, pago y procedimientos de cuidado de salud, y otras ciertas revelaciones (como cualquiera que nos pidió hacer). Nosotros le podemos ofrecer una lista al año de forma gratuita, pero se cobrará una tarifa razonable basada en el costo si usted pide otra en un plazo dentro de los 12 meses.

**Obtenga una copia de este aviso de privacidad**

- Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha aceptado recibir la notificación por medios electrónicos. Nosotros le proporcionaremos una copia en papel con prontitud.

**Elija a alguien para que actúe en su nombre**

- Si usted ha dado a alguien poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona podrá ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

**Presentar una queja si considera que sus derechos son violados**

- Si usted siente que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros al (415) 927.2273.
- Usted puede presentar una queja ante la Oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Derechos Civiles EE.UU. mediante el envío de una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington , DC 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando:  
[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)
- Nosotros no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## Sus elecciones

**Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus opciones acerca de lo que**

**compartimos.** Si usted tiene una clara preferencia en la forma en como compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos, y nosotros seguiremos sus instrucciones.

**En estos casos, usted tiene el derecho y opción para decirnos que se puede:**

- Compartir información con su familia , amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartir información en una situación desastrosa
- Incluir a su información en un directorio del hospital
- Comunicar con usted para recaudar fondos

*Si usted no es capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo, si usted está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

**En estos casos nunca compartimos su información a menos que usted nos de permiso por escrito:**

- Propósitos de mercadotecnia
- Venta de su información
- La mayoría de notas de psicoterapia de intercambio

**En el caso de la recaudación de fondos:**

- Podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos, pero usted puede decirnos que no lo contactemos nuevamente.

## Nuestros Usos y Divulgaciones

**¿Cómo usamos o compartimos su información de salud?** Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

---

**Tratamiento suyo** Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le estén tratando.

*Ejemplo:* Un médico que lo atiende por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

---

**Echar a andar nuestra organización** Podemos utilizar y compartir su información de salud para echar a andar nuestra organización, mejorar su atención y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo:* Utilizamos información de salud sobre usted para manejar su tratamiento y servicios.

---

**Cobranza de sus servicios** Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir el pago de los planes de salud u otras entidades.

*Ejemplo:* Damos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que paguen por sus servicios.

---

**¿De que otra manera podemos utilizar o compartir su información de salud?** Se nos permite o requiere compartir su información de otras maneras - por lo general de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

---

**Ayuda con problemas de salud y de seguridad pública** Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones tales como

- La prevención de enfermedades
- Ayudar a retirar productos que son peligrosos
- Reportar reacciones adversas a medicamentos
- Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Evitar o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad de cualquier persona

---

**Hacer investigaciones** Podemos usar o compartir su información para investigaciones sobre salud.

---

**Cumplir con la ley** Vamos a compartir información sobre usted cuando las leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos si requieren ver que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

---

**Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos** Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.

---

**Trabajar con un médico forense o director de una funeraria** Podemos compartir información de salud con un médico forense, o director de la funeraria cuando una persona muere.

---

**Compensación de los trabajadores, cumplimiento de la ley, y otras solicitudes de los gobiernos**

- Podemos usar o compartir información sobre su salud:
- Para las reclamaciones de compensación de trabajadores
- Para los propósitos de aplicación de la ley o con un agente de la ley
- Con las agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno tales como militares, de seguridad nacional y los servicios de protección presidenciales

---

**Responder a demandas y acciones legales** Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

## Nuestras Responsabilidades

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.

- Le haremos saber de inmediato si se produce un incumplimiento que pueda haber puesto en peligro la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y le daremos una copia del mismo.
- No usaremos o compartiremos su información de manera distinta a la descrita aquí a menos que nos lo diga por escrito que lo hagamos. Si nos dicen que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.
- Para obtener más información, consulte:  
[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

### Cambios en las Condiciones de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo petición, en nuestra oficina, y en nuestro sitio de Internet.

*Efectivo a partir del 09/23/2013.*

### Este aviso se aplica a la siguiente organización:

*Hospice by the Bay, que opera en los condados de Marin, San Francisco, San Mateo y Sonoma, y en las ciudades de American Canyon, Napa y Vallejo.*

*Para obtener más información o para reportar un problema*

*Si usted tiene preguntas y / o desea información adicional, puede comunicarse con el:*

*Hospice by the Bay Privacy Official*

*17 E. Sir Francis Drake Blvd., Larkspur, CA 94939*

*Phone: (415) 927.2273 / Fax: (888) 204.4081*