

**COUNDADO DE YOLO**  
**AVISO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD**  
**Efectivo Abril 14, 2003**

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO PUEDE REVELARSE O DIVULGARSE SU INFORMACION MEDICA, Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION.  
POR FAVOR REVISE DETALLADAMENTE ESTA INFORMACION.**

**USTED Y SU PRIVACIDAD**

Su información médica es personal y privada. Nosotros recibimos información médica acerca de usted, dicha información proviene de su doctor, clínica, laboratorios, hospitales, y otros proveedores de servicios, para así servirle a usted mejor. Un requisito para el Condado de Yolo es que por ley tiene que mantener privacidad acerca de la información médica que tenemos acerca de usted. A nosotros también por ley se nos requiere que le proporcionemos una copia de éste aviso.

**CAMBIOS EN EL AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD**

El Condado debe obedecer los terminos del Aviso de la Practica de Privacidad que tenemos actualmente en efecto. Nosotros tenemos el derecho de hacer cambios en nuestra Práctica de Normas de Privacidad y aplicarlos a todos los expedientes del Condado. Si hacemos algún cambio, nosotros revisaremos el aviso y lo enviaremos a las personas afectadas como lo requiere la ley.

**Si desea información en su idioma acerca de ésta notificación, lláme al (530) 666-8787**

## COMO PODEMOS USAR Y DISTRIBUIR INFORMACION REFERENTE A USTED

Las leyes Estatales y Federales controlan el uso y distribución ó revelación de su información médica protegida por el condado y sus agentes. **Las siguientes categoríeas describen las diferentes formas en las que nosotros podemos compartir ó distribuir información médica privada. Para cada una de las categorías le explicaremos lo que queremos decir y trataremos de darle algunos ejemplos. No todas las categorías ó formas de distribución serán alistadas. Sin embargo, todas las formas en las cuales se nos permite usar y distribuir información estarán dentro de alguna de éstas categorías.**

### TRATAMIENTO MEDICO, PAGOS Y ASUNTOS DE ADMINISTRACION

Nosotros usamos información que incluye su nombre, dirección, información personal, servicios médicos que ha recibido, y su historial médico, con el proposito de tratamiento médico, pagos y asuntos administrativos.

Los ejemplos de abajo muestran como es que nosotros usamos y compartimos su información de salud ó médica para el cuidado médico, pagos, y asuntos administrativos

1. **Para tratamiento:** Usted puede necesitar servicios médicos los cuales nos requieren el compartir información con proveedores de salud. Tal vez usted tambien necesite tratamiento médico que requiere que el Condado apruebe éstos servicios por adelantado. Nosotros recibiremos información y al igual la compartiremos con las agencias ó personas necesarias para ayudar a que usted reciba el tratamiento y cuidado médico que usted necesita.
2. **Para pagos:** El Condado y sus agentes reciben, revisan, aprueban, procesan y pagan las cuentas y los reclamos que usted recibe como resultado del cuidado médico que usted recibio. Cuando nosotros hacemos ésto, nosotros intercambiamos información con el médico, clínica, y otras agencias que nos mandan cobros por sus servicios. Nosotros tal vez enviaremos los cobros a otros planes de salud u organizaciones que son responsables por el pago.
3. **Para asuntos administrativos del cuidado de salud:** En algunos casos nosotros usamos la información en su expediente médico para evaluar la calidad de los servicios de cuidado médico que usted recibe. Tambien usaremos ocasionalmente ésta información en auditorías, fraude y abuso de los programas, planeación y casos de administración de negocios del Condado en general.

En algunas ocasiones nosotros daremos información médica acerca de usted, a organizaciones que nos ayudan en nuestras operaciones. Si es que nosotros lo hicieramos, tomaremos todas las precauciones para asegurarnos que ellos protegerán su privacidad y la información que nosotros les compartimos.

## **ALGUNAS OTRAS FORMAS POR LAS CUALES PODEMOS DISTRIBUIR SU INFORMACION MEDICA**

Nosotros tambien revelaremos ó compartiremos información que tengámos acerca de usted en las siguientes circunstancias:

- Para actividades de salud pública, tales como reportar una epidemia.
- Para un proceso judicial y administrativo, tales como mediación, audiencias ó demandas.
- Para evitar amenazas serias inmediatas a su salud ó seguridad, ó la salud y seguridad de otra persona ó el público, tales como un ataque terrorista.
- Si usted está inscrito en un programa de salud como dependiente de la persona que está como primaria en la covertura.
- Para las actividades de seguridad nacionales.
- Como respuesta a una citación, investigación u otro proceso legal, pero única y exclusivamente si la persona que lo solicita provee todas las pruebas necesarias de que a usted ha recibido un aviso con anticipación y la oportunidad de responder u oponerse a éste mismo.
- Para un proposito requerido por la ley, tale como el reportar abuso o negligencia.
- Para el proposito de una compensación del trabajador y programas similares.
- A agencias que manejan todo el sistema de salud, para audiencias ó investigaciones.
- Al gobierno federal cuando éste quiere comprobar si éstos estamos cumpliendo con las leyes de privacidad y seguridad.
- A otras agencias del gobierno que proveen beneficios públicos.
- Si un oficial de la ley nos pide que lo hagamos como respuesta a una orden de la corte, citación, arresto, cita judicial ó un proceso similar.
- Para otro proposito limitado legal, tal como localizar a una persona perdida.
- Si usted es un recluso de una institución correccional ó está bajo la custodia de oficial de la ley (1) para que dicha institución le de cuidados medicos; (2) para portejar su salud y seguridad y la salud y seguridad de otros; ó (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.
- Para estudios de investigación que cumplen con todos los requisitos de privacidad requeridos por la ley, tales como los relacionados a la prevención de una enfermedad.
- Para una recopilación de información la cual ya no puede ser enviada a usted.

Algunas leyes Federales y Estatales limitan el poder compartir la información descrita en la parte superior. Por ejemplo, hay leyes especiales, las cuales protejen la información acerca del estatus del VIH/SIDA, tratamiento de salud mental, discapacidades mentales, y tratamiento para el abuso de drogas y alcohol. Nosotros tambien obedeceremos éstas leyes.

### **\*\*\*\*\* IMPORTANTE \*\*\*\*\***

**EL CONDADO TAL VEZ NO TENGA UN EXPEDIENTE MEDICO COMPLETO DE USTED. SI A USTED LE GUSTRIA REVISAR, OBTENER UNA COPIA, O CAMBIAR SU EXPEDIENTE MEDICO, POR FAVOR COMUNIQUESE CON SU DOCTOR, CLINICA, O PLAN DE SALUD. SI USTED TIENE UN PLAN DE CUIDADO MEDICO ADMINISTRADO, ESTE PLAN PUEDE TENER INFORMACION ACERCA DE SUS RECLAMOS/COBROS DESDE QUE USTED SE HIZO MIEMBRO DE ESTE PLAN. POR FAVOR COMINIQUESE CON EL ENCARGADO DEL PLAN PARA REVISAR U OBTENER UNA COPIA DE ESTOS RECLAMOS/COBROS.**

## **OTROS USOS PARA SU INFORMACION DE SALUD Y/O MEDICA**

Nosotros tal vez tambien enviaremos información a usted acerca de su salud, tal como anuncios acerca de exámenes médicos gratuitos, programas de comida/alimentos, etc.

Usted ó su doctor, hospital, etc. pueden apelar las decisiones que el Condado haga acerca de sus reclamos/cobros por los servicios que usted recibio. Su información de salud puede usarse para tomar éstas decisiones de apelaciones.

## **CUANDO UN PERMISO POR ESCRITO ES NECESARIO**

Las circunstancias en la que el Condado puede usar ó compartir información acerca de usted, son limitadas. Pero si el Condado alguna vez quiere usar o revelar dicha información, por cualquier proposito que no está alistado arriba, pedirá un permiso por escrito a usted. Si usted nos da éste permiso por escrito para usar o compartir su información para otros propósitos, usted puede pedirnos que le regresemos dicho permiso cuando usted lo quiera.

## **¿CUALES SON SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD BAJO LA LEY?**

- Usted tiene el derecho de pedirle al Condado que no use ó comparta su información personal para los propósitos descritos arriba. Nosotros no siempre estaremos de acuerdo con su petición.
- Usted tiene el derecho de pedirele al Condado que se comunicué con usted solamente por escrito ó a una dirección diferente, aparato postal, ó número de teléfono. Nosotros trataremos de adaptarnos a cualquier petición razonable, y aceptaremos peticiones rasonables cuando sean necesarias para proteger su seguridad.
- Usted tiene el derecho de revisar u obtener una copia de su expediente que el Condado tiene acerca de usted. La persona que tiene el derecho legal para actuar en su nombre (su representate personal) tambien puede revisar y obtener una copia de ésta información. El Condado tiene información de elegibilidad, información acerca de reclamos/cobros que han sido enviados al Condado para que los pagemos, y alguna información médica, la cual usamos para aprobar servicios para usted ó para manejar su cuidado de salud. Le enviaremos una forma para que la llene y le enviaremos un cobro por adelantado para cubrir los gastos del envío y las copias de su expediente. Tal vez no le podamos mostrar partes de su expedinete por razones legales ó porque la ley no nos lo permite. Si nosotros tenemos que hacer ésto, le informaremos como puede usted apelar nuestra decisión.
- Usted tiene el derecho a pedir que la información en su expediente sea cambiada si dicha información no está correcta ó completa. Nosotros rechazaremos su petición si la información no fue creada ó se mantiene en los archivos del Condado, ó si nosotros creemos que está completa y correcta. Usted puede pedir revisar nuestro rechazo a su petición ó mandar una carta explicando su inconformidad y desacuerdo con nuestra decision. Este documento se mantendrá en su archivo.
- Cuando compartimos su información de salud ó médica por razones que no sean para tratamiento, pagos, u operaciones del Condado sin su permiso, usted tiene el derecho a pedir una lista de las personas u oficinas con las cuales nosotros compartimos su informacion, cuándo y porque razón, y cual fue la información que se compartio.
- Usted tiene el derecho a pedir una copia de ésta Noticia de Practica de Privacidad.

## ¿COMO PUEDE USTED CONTACTARNOS?

Si usted quiere poner en práctica cualquiera de los derechos de privacidad que se explican en el aviso, por favor comuníquese con su proveedor de servicios o lláme o escriba a:

**Quality Management Office**  
137 N. Cottonwood St., Ste. 2501  
Woodland, CA 95695

## PREGUNTAS

Si usted tiene preguntas acerca de éste Aviso, incluyendo nuestras obligaciones o sus derechos como se describe en éste aviso, por favor comuníquese con su proveedor de servicios o llámenos o escribanos a:

**Privacy Officer**  
**625 Court St., Rm. 100**  
**Woodland, CA 95695**  
**530-666-8329**

## QUEJAS

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados y quiere quejarse, usted puede llenar una forma de quejas e informarnos acerca de los servicios recibidos o puede llamar o escribir a la persona encargada de las quejas o mandarla a:

**Mindi Nunes, Privacy Officer**  
625 Court Street, Rm 100  
Woodland, CA 95695  
530-666-8329

O

**Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services**  
Office for Civil Rights  
Attention: Regional Manager  
50 United Nations Plaza, Room 322  
San Francisco, CA 94102  
Para información adicional, llame al (800) 368-1019  
ó  
Oficina de U.S. de Los Derechos Civiles, llame al (866) OCR-PRIV (866-627-7748)  
o (866) 788-4989 TTY

## NO TIENE RELACION ALGUNA

El Condado no le cancelará sus beneficios de seguro médico o tomará represalias de ningún tipo si usted prefiere poner una queja o usar cualquiera de sus derechos de privacidad en éste aviso.

## Certificación

Mi firma en la parte de abajo indíca que he recibido una copia de éste Aviso de Practica de Privacidad.

---

Nombre

---

Identificación

---

Firma

---

Fecha

Si éste documento es firmado por un representante legal, escriba la relación con el cliente:

---