



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.**

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo. Los Miembros tienen derecho a ser tratados con respeto y en el reconocimiento de su dignidad y su derecho a la intimidad.

| | |
|--|---|
| Obtener una copia de su historial médico | <ul style="list-style-type: none">• Puede solicitar en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted.• Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. |
| Solicitar que corriamos su historial médico | <ul style="list-style-type: none">• Puede solicitar su médico que corriamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta.• Esta solicitud debe ser por escrito y una razón para la corrección.• Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días. |

Riverside Physician Network

1650 Iowa Avenue, Suite 220

Riverside, CA 92507

www.riversidephysiciannetwork.com

(951) 788-9800

| | |
|---|--|
| Solicitar comunicaciones confidenciales | <ul style="list-style-type: none">• 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 | <ul style="list-style-type: none">• Todas las comunicaciones y la información relativa a la salud de información será confidencial.• Protección de la información confidencial incluye todas RPN departamentos internos. |
| Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información | <ul style="list-style-type: none">• 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). |
| Obtener una copia de esta notificación de privacidad | <ul style="list-style-type: none">• Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato. |
| Elegir a alguien para que actúe en su nombre | <ul style="list-style-type: none">• 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 | <ul style="list-style-type: none">• 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/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.• 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 tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

| | |
|---|---|
| En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que: | <ul style="list-style-type: none"> Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención. |
| En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito: | <ul style="list-style-type: none"> Propósitos de mercadeo. Venta de su información. La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia. |

Nuestros usos y divulgaciones

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

| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| Tratamiento | <ul style="list-style-type: none"> 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. |
| Dirigir nuestra organización | <ul style="list-style-type: none"> 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. |
| Facturar por sus servicios | <ul style="list-style-type: none"> 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. |

¿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. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hippa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

| | |
|--|---|
| Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad | Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como: <ul style="list-style-type: none">• 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. |
| Cumplir con la ley | <ul style="list-style-type: none">• 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.• RPN y sus proveedores para mantener la privacidad de su información de salud a la ley en toda su extensión. |
| Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales | Podemos utilizar o compartir su información médica: <ul style="list-style-type: none">• 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 | <ul style="list-style-type: none">• Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación. |

| | |
|------------------------------|--|
| California law SB 168 | <p>Vamos a cumplir con todos los requerimientos del proyecto de Ley Senatorial (SB) 168 y no:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mostrar públicamente o mostrar su número de la seguridad social en forma alguna.• Se requiere que usted presente su SSN a través de internet a menos que la conexión es segura o el SSN está cifrado.• Se requiere para que haga uso de su SSN para acceder al sitio web de internet a menos que una contraseña o número de identificación personal u otro dispositivo de autenticación también es necesaria.• Imprima su SSN en cualquier material que se envía por correo a usted, a menos que estado o ley federal requiere la inclusión de la SSN en el documento que se envía por correo electrónico. Las solicitudes y formularios enviados por correo puede incluir SSN (CA Civil Code §1798,85).• SSN puede ser usado para controles internos o fines de la administración en la medida en que el uso no resultado en la pantalla pública o divulgación de información sobre la serie en violación de los requisitos. La ley no prohíbe los proveedores de facturación con el servicio sanitario nacional.• Miembro autorización y/o la negación cartas de notificación, no se identifican los miembros del servicio sanitario nacional. |
|------------------------------|--|

NUESTREAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- 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/factsheets_spanish.html, disponible en español.

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. www.riversidephysiciannetwork.com