



T A H O E
YOUTH & FAMILY
S E R V I C E S
A SAFETY NET OF SERVICES FOR YOUTH AND FAMILIES

CONFIRMACION DE RECIBO DE AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, por este medio, reconosco que he sido proveido con una copia del aviso de las practicas de privacidad de Tahoe Youth & Family Services (Efectivas a partir de 04/14/03) en esta fecha.

____/____/____
Fecha

Nombre del cliente

____/____/____
Fecha

Firma del cliente



T A H O E
YOUTH & FAMILY
S E R V I C E S
A SAFETY NET OF SERVICES FOR YOUTH AND FAMILIES

TAHOE YOUTH & FAMILY SERVICES AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha Efectiva: 14 de Abril, de 2003

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE UD. PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA, Y COMO UD. PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR LEALO CUIDADOSAMENTE.

Este anuncio le avisa acerca de las maneras en que Tahoe Youth & Family Services (referidos a “nosotros”) podemos coleccionar, usar y revelar su información médica bajo protección, y sus derechos de esta información médica bajo protección. “Información Médica Bajo Protección” es la información acerca de Ud. incluyendo información demográfica, que razonablemente puede ser usada para identificarle y que se relata a su pasada, presente y futura condición de salud mental, la provision de cuidado de salud a Ud. o el pago para ese cuidado.

Nosotros estamos requeridos por la ley federal y las leyes del estado de proveerle a Ud. con este aviso acerca de sus derechos y nuestros deberes legales y practicas de privacidad con respecto a su información médica bajo protección. Nosotros debemos seguir los terminos de este aviso mientras esté en efecto. Algunos de los usos y revelaciones descritas en este aviso podrian ser limitadas en ciertos casos por leyes aplicables del estado cuales son más severas que las normas federales.

COMO PODEMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACION MEDICA BAJO PROTECCION

Nosotros podemos usar y revelar su información médica bajo protección por diferentes propositos. Los ejemplos siguientes están proveidos para ilustrar los tipos de usos y revelaciones que nosotros podemos hacer sin su autorización de pagos, opciones para cuidado medico, y tratamiento.

- Retribución. Nosotros usamos y revelamos su información médica bajo protección en orden de cubrir sus costos de salud. Por ejemplo, podríamos usar su información médica bajo protección para procesar demandas o para que seamos reembolsados por otros seguros médicos quienes pueden ser responsables por sus costos.
- Operaciones de Cuidado Medico. Nosotros usamos y revelamos su información médica bajo protección en orden de ejecutar o planear actividades tal como para evaluar calidad o actividades administrativas, incluyendo manejo de datos o servicio del cliente. Nosotros también podríamos contactarlo para recordarle de sus citas medicas o para ofrecerle información acerca de tratamientos alternativos u otros servicios relacionados que puedan ser de interés para Ud.
- Patrocinador de su Plan de Salud. Si Ud. Está enlistado mediante un plan de un grupo medico, nosotros podríamos proveer resúmenes de reclamos y costos al patrocinador para personas enlistadas en un grupo medico, cual también podría ser su patrón.
- Dependientes y Miembros de Familia También Inscritos a su Plan de Seguro. Nosotros mandaremos por correo la explicación de beneficios y también información médica bajo protección a la dirección que tenemos en archivo.
- Cuando Nos Ordena la Ley. Nosotros debemos revelar información médica bajo protección acerca de Ud. cuando la ley lo requiere.
- Agencias de Salud Publica. Nosotros podríamos revelar su información médica bajo protección a las agencias de salud públicas por motivos tales como para prevenir o controlar enfermedades, infección, lesión o incapacidades.
- Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica. Nosotros podríamos revelar su información médica bajo protección a las agencias del gobierno si es acerca de negligencia, abuso, o violencia doméstica.
- Actividades o Programas de Supervisión de salud. Nosotros podríamos revelar su información médica bajo protección a las agencias de supervisión del gobierno (ejemplo. Departamentos de seguro de salud del estado) por actividades autorizadas por la ley.
- Imposición de la Ley. Nosotros podríamos revelar su información médica bajo protección bajo circunstancias limitadas a un oficial que impone la ley en

respuesta a una orden judicial o algún otro proceso similar; para identificar o localizar a un sospechoso; o para proveir información acerca de una víctima de crimen o delito.

- Funcionarios Forenses, Directores de Funeral, Donación de Organos. Nosotros podríamos descargar información médica bajo protección a los funcionarios forenses o directores de funeral a lo necesario para permitirles llevar a cabo sus obligaciones.
- Investigación. Bajo ciertas circunstancias, nosotros podríamos revelar información médica bajo protección sobre Ud. por propósitos de investigación, asegurándonos que ciertas medidas fueron tomadas para proteger su privacidad.
- Para Evitar una Seria Amenaza a su Salud o Seguridad. Nosotros podríamos revelar información sobre Ud. con algunas limitaciones, a lo necesario para prevenir alguna amenaza seria a su salud y seguridad del público u otra persona.
- Funciones especiales del Gobierno. Nosotros podríamos revelar información si es requerido por las autoridades militares, o por oficiales federales autorizados para la seguridad nacional y actividades de la inteligencia.
- Compensación del Trabajador. Nosotros podríamos revelar su información médica bajo protección a la magnitud necesaria para cumplir con las leyes de los programas estatales de compensación del trabajador .
- Información de Salud No Protegida. Nosotros podríamos revelar información de salud sobre Ud. que no es “información médica bajo protección,” eso quiere decir que, información usada en alguna manera que no lo identifica personalmente o revela quien es.

OTRAS MANERAS DE USAR O REVELAR INFORMACION CON AUTORIZACION

Otros usos o revelaciones de su información médica bajo protección serán hechas solo con su autorización escrita, a menos que de lo contrario permitido o requerido por la ley. Ud. Puede revocar una autorización a cualquier momento en escrito, exepcto cuando nosotros ya tomamos una acción en la información revelada, o si estamos permitidos por la ley de usar la información para hacer un certamen a una demanda, o a la cobertura de un plan médico.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACION MEDICA BAJO PROTECCION

Usted Tiene ciertos derechos con respecto a su Información Médica Bajo Protección que nosotros mantenemos en archivo.

- Derecho de Tener Acceso a su Información de Salud Bajo Protección. Ud. tiene el derecho de revisar ú obtener copias de los archivos de su información de salud protegida, con algunas excepciones limitadas. Por lo general los archivos incluyen registro, facturación, pagos/cobros por servicio, o manejo médico de su caso. Su solicitud para revisar ú obtener una copia de los archivos de su información médica bajo protección debe ser por escrito. Nosotros en ocasiones podriamos cobrar un precio por el costo de producir, copiar y mandar por correo la información deseada, pero le diremos el costo en adelanto.
- Derecho A Enmendar su Información de Salud Bajo Protección. Si Usted cree que su información de salud protegida mantenida por nosotros esta *incorrecta* o incompleta, Ud. puede solicitar que la enmendemos. Su petición debe ser por escrito y debe incluir la razón por la que Ud. solicita el cambio. Nosotros podemos negar su petición si, por ejemplo, Ud. solicita que se cambie información que no fue creada por nosotros, o si usted pide enmendar un registro que ya esta preciso y completo.
- Su Derecho Si su Solicitud es Negada. Si negamos su petición de hacer cambios a su información médica bajo protección le notificaremos con un documento escrito. Entonces Ud. tiene el derecho de contestarnos por escrito si es que esta en desacuerdo con nuestra decisión y nosotros tenemos el derecho de refutar ésta declaración.
- Derecho a Contabilidad de Accesos Hechos por Nosotros. Ud. tiene el derecho de solicitar una contabilidad de los accesos que hemos hecho de su información médica bajo protección. La lista no incluire nuestros accesos relacionados con su tratamiento, o pago por las actividades de cuidado médico, o accesos hechos a Ud. o con su autorización. La lista puede también excluir ciertos otros accesos como para propósitos de la seguridad nacional. Su solicitud para una contabilidad de accesos tiene que ser escrita y debe indicar el periodo de tiempo por cual Ud. quiere la contabilidad. Este periodo de tiempo no puede ser mas largo de seis años y no puede incluir fechas antes

del 14 de Abril, del 2003. Su petición debe indicar en que forma usted desea recibir la lista (por ejemplo, por escrito o electrónicamente). La primera solicitud que Ud. haga dentro de un periodo de doce meses será gratis. Para listas adicionales dentro del mismo periodo de tiempo le avisaremos el costo en adelante.

- Derecho de Solicitar Restricciones en el Uso y Acceso de Su Información de Salud Bajo Protección. Ud. tiene el derecho a solicitar una restricción o límite en la manera como usamos o revelamos su información médica bajo protección, para tratamiento, pagos, o procedimientos del cuidado médico. Nosotros podríamos estar en desacuerdo con su petición. Si es que estamos de acuerdo, nosotros cumpliremos con la petición, a menos que la información necesitada es para alguna situación de emergencia. Su petición debe ser escrita. En su petición para restricción, Ud. debe explicar que información quiere que limitemos; y si quiere limitar como usamos o revelamos su información o ambos; y a quién desea que aplique las restricciones.
- Derecho de Recibir Comunicación Confidencial. Ud. tiene el derecho de solicitar que se use un cierto método para comunicarse con Ud. como por escritura o comunicación electrónica, o que le enviemos información a cierta dirección. Si es que la comunicación lo puede poner en peligro su petición de recibir comunicación confidencial debe ser solicitada por escrito. Su petición debe afirmar claramente que toda, o parte de la comunicación lo puede poner en peligro. Nosotros haremos todo lo posible para acomodar todas las peticiones razonables. Su petición tiene que especificar cómo o dónde Ud. desea ser contactado.
- Derecho a una Copia en Papel de este Aviso. Ud. tiene derecho en cualquier momento de pedir una copia en papel de este aviso, aunque ya haya pedido una copia electrónica anteriormente.
- Derecho a la Información para Ejercitar Sus Derechos. Ud. puede ejercitar cualquiera de los derechos listados anteriormente en este aviso al ponerse en contacto con nuestro Director Ejecutivo. Véa la última pagina de este aviso para obtener la información de contacto.

SEGURIDAD DE INFORMACION DE SALUD

Tahoe Youth & Family Services requiere que todos sus empleados sigan las reglas de confidencialidad de Tahoe Youth & Family Services y procesos que limitan acceso a la información de salud acerca de clientes a aquellos empleados quienes necesitan ejecutar sus responsabilidades. En adición, Tahoe Youth & Family Services mantiene medidas de seguridad físicas, administrativas, y técnicas para asegurar su información médica bajo protección.

CAMBIOS HECHOS A ESTE AVISO

Nosotros reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento, a efecto de beneficiar la información médica bajo protección que nosotros ya tenemos sobre Ud. como también cualquier información que recibamos en el futuro. Le provereemos con una copia del nuevo Aviso en cuando hagamos los cambios pertinentes a las practicas de privacidad descritas en este Aviso. Cada vez que hagamos cambios a este Aviso, revisaremos la información inmediatamente y pondremos el nuevo Aviso con la nueva fecha que estará en efecto.

QUEJAS

Si Ud. Cree que sus derechos de privacidad han sido violados, Ud. puede presentar una queja con nosotros y/o con la Secretaria del Departamento de Salud Y Servicios Humanos. Todas las quejas con respecto a Tahoe Youth & Family Services deben ser escritas y deben ser enviadas al Oficial de Practicas de Privacidad cuya información esta enlistada al final de este Aviso. Nosotros apoyamos sus derechos de proteger la privacidad de su información médica bajo protección. Nosotros no tomaremos represalias contra Ud. ni le sancionaremos por hacer una queja.

COMO PONERSE EN CONTACTO CON LAS OFICINAS DE TAHOE
YOUTH & FAMILY SERVICES

Tahoe Youth & Family Services
Director Ejecutivo
1021 Fremont Avenue
South Lake Tahoe, CA 96150
(530)541-2445
Fax: (530)541-0517

CONTACTE AL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS

Region IX, Oficina para Deechos Civiles
U.S. Departamento de Salud y Servicios Humanos
50 United nation Plaza, room 322
San Francisco, CA 94102
Teléfono: (415) 437-8310
Fax: (415) 437-8329
TDD: (415) 437-8311