

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

PARA

SERVICIOS DE CONSEJERÍA BEHAVIORAL HEALTH  
(BHCS)

EL COLEGIÓ DE PALOMAR  
SERVICIOS DE SALUD PARA ESTUDIANTE

## SUS DERECHOS

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

**Obtener una copia de sus registros de salud y reclamos.** Usted puede pedir ver u obtener una copia de su salud y registro de sus reclamos y otra información de salud que tenemos sobre usted. Por favor, envíe una breve explicación indicando qué información usted está solicitando. Proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamos, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable, basado en los costos.

**Pedirnos corregir registros de salud y reclamos.** Usted puede solicitar corregir sus registros de salud y reclamos si usted piensa que son incorrectos o incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos decir "no" a su petición, pero le diremos por qué por escrito dentro de 60 días

**Solicitar comunicación confidencial.** Usted puede solicitar ser contactado de forma específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o enviar correo a una dirección diferente. Tendremos en cuenta todas las peticiones razonables y debe decir "sí" si usted nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

**Pedirnos limitar lo que usamos o compartimos.** Usted puede pedirnos no usar o compartir cierta información de tratamiento, pago, o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su petición, y podemos decir "no" si afectaría su tratamiento.

**Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información.** Usted puede pedir una lista (contabilidad) de los tiempos que hemos compartido su información médica hasta seis años antes de la fecha pido, con quien compartimos y por qué. Se incluyen todas las declaraciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago, y operaciones médicas, y ciertas otras divulgaciones (como cualquier que usted nos pidió hacer). Le proporcionamos una contabilidad por año gratis, pero cobraremos una tarifa razonable, basado en los costos si usted pregunta por otro en plazo de 12 meses.

**Obtener una copia de este aviso de privacidad.** Usted puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha accedido a recibir el aviso por vía electrónica. Le proporcionaremos una copia de papel con prontitud.

**Elegir a alguien a actuar por usted.** Si le has dado a alguien poder médico de abogado o si alguien es tu guardián legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud. Se asegurará de que la persona tiene esta autoridad y puede actuar por usted antes que tomar cualquier acción.

**Presentar una queja si usted siente que sus derechos son violados.** Usted puede presentar una queja si usted siente que hemos violado sus derechos llamado o ponerse en contacto con:

Behavioral Health Counseling Services  
NB Building – Room 2  
Palomar Community College  
1140 West Mission Road  
San Marcos, CA 92069  
(760-891-7531)

Usted puede también presentar una queja enviando una carta a la:  
U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201

Llamando 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)

No tomaremos represalias contra usted por hacer una queja.

## SUS OPCIONES

Para cierta información de salud, usted puede decirnos su opción sobre lo que compartimos. Si usted tiene una clara preferencia por cómo compartir su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros.

**Díganos que es lo que usted quiere hacer, y vamos a seguir sus instrucciones.** En estos casos, usted tiene el derecho y la opción para decirnos que:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos, u otros involucrados en el pago de su atención
- Compartir información en una situación de alivio de desastre
- Contacto con usted para esfuerzos para recaudar fondos

Si no es posible decirnos su preferencia, por ejemplo, si estás 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 reducir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad.

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

- Comercialización
- Venta de su información

## OTROS USOS Y REVELACIONES

¿Cómo normalmente usamos o compartimos su información médica? Normalmente utilizamos o compartimos su información médica en las siguientes formas:

**Administrar su plan.** Podemos divulgar su información médica con su patrocinador del plan de salud para la administración del plan.

**Ayudan a administrar el tratamiento médico que reciba.** Podemos utilizar su información de salud y compartir con profesionales que le tratan. Si se unen un nuevo plan de cobertura, podemos compartir su información con ese plan por razones tales como coordinación de atención y para asegurarse de que usted puede obtener servicios a tiempo.

**Funcionamiento de nuestra organización.** Podemos utilizar y divulgar su información para ejecutar nuestra organización y en contacto con usted cuando sea necesario. No se nos permite usar información general para decidir si le daremos la cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a planes de cuidado de largo plazo.

**Pagar por los servicios de salud.** Podemos utilizar y divulgar su información médica para obtener pago por los servicios de salud. Podemos compartir su información con otros programas de beneficios gubernamentales como Covered California por razones tales como difusión, inscripción, apelaciones, coordinación de atención, y manejo de casos.

**Ayuda con cuestiones de seguridad y salud pública.** Podemos compartir información médica sobre usted en ciertas situaciones tales como:

- Prevención enfermedad
- Ayuda con retirar producto del mercado
- Reportar reacciones adversas a medicamentos
- Reportar sospecha abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevención o reducción de una amenaza grave de salud o seguridad de cualquier persona.

**Hacer estudio.** Podemos utilizar o compartir su información con los investigadores para la investigación de la salud cuando la investigación ha sido aprobada por una Comisión de Revisión Institucional (Institutional Review Board) que ha revisado la investigación y establecidos protocolos para garantizar la privacidad de su información de salud.

**Cumplir con la ley.** Compartimos información sobre usted si el estado o ley federal exige incluyendo:

- El Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad
- Para propósitos de compensación de trabajo
- Propósito de cumplimiento de la ley
- Cualquier organismo de salud que supervisión de las actividades autorizadas por la ley
- Cualquier función especial del gobierno como militares, seguridad nacional y la respuesta de los servicios de protección presidencial
- Respuesta a demandas y acciones legales

## RECONOCIMIENTO DE RECIBIDO AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, usted reconoce que recibo el Aviso de Prácticas de Privacidad que se le ha dado a usted. Este Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información acerca de cómo es usada y divulgada su información médica protegida. Le animamos a leer en su totalidad. Este Aviso de Prácticas de Privacidad está sujeta a cambios. Si se cambia el aviso, usted recibirá una copia de la notificación revisada.

Reconozco haber recibo el Aviso de Prácticas de Privacidad de Servicios de Consejería Behavioral Health (BHCS), Colegio de Palomar-Servicios de Salud Para Estudiante.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente (padre/tutor si cliente menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha

<b>PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE</b>
--------------------------------------

I attempted to obtain written acknowledgement of receipt of the Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained.

- Individual refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining acknowledgement
- Client was incapable of signing
- Other (specify)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Clinician

\_\_\_\_\_  
Date