



# CONDADO DE RIVERSIDE

## AVISO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

Este Aviso describe como se usará y se divulgará su información médica y cómo puede acceder a dicha información. Favor de leerla detenidamente.

### Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene derecho a lo siguiente:

**Puede obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico**

- Puede pedir ver u obtener copias de su expediente médico. Pregúntenos cómo obtener esto.
- Es posible que le cobremos una tarifa razonable por obtener dicha información.

**Nos puede pedir que hagamos correcciones en su expediente médico**

- Nos puede pedir que modifiquemos información médica si cree que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Es posible que respondamos “no” a su petición, si eso sucede, le diremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.
- A su vez, se podría agregar un anexo escrito a su expediente médico respecto a la declaración de que cree que hay información incompleta o incorrecta. Pregúntenos cómo hacer esto.

**Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de información médica protegida acorde a 45 CFR §164.522(b), según corresponda y nos puede indicar su medio de comunicación preferencial (por ejemplo, teléfono fijo, móvil u al trabajo o, por correo postal a una dirección en particular).

**Solicitar limitaciones a lo que divulgamos**

- Si ha pagado un monto completo por un artículo o un servicio, nos puede pedir que no divulguemos la información sobre **dicho artículo o servicio a un plan médico**. Diremos que “sí”, salvo que la ley requiera que divulguemos dicha información.

**Obtener una lista enumerando quienes han recibido su información**

- Puede pedirnos una lista (llamada “registro”) de las veces que hemos divulgado su información médica durante los últimos seis años previos a la fecha en la cual lo solicita, a quien se la hemos divulgado y el motivo.
- Le brindaremos un (1) registro por año de manera gratuita, pero si solicita otra en el plazo de 12 meses, le cobraremos una tarifa razonable basada en lo que cuesta.

**Presentar una queja si siente que han infringido sus derechos**

- Puede presentar una queja comunicándose con nosotros al (951) 486-4659 o a [r.compliance@ruhealth.org](mailto:r.compliance@ruhealth.org).
- Puede presentar una queja a la Oficina de los Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos usando la información detallada en la página 5.
- No tomaremos represalias si presenta una queja.

## Cómo usaremos o divulgaremos su información

Usamos o divulgamos su información para:

<p><b>Brindarle tratamiento o comunicarnos con usted</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos usar su información médica para compartirla con otros profesionales médicos que lo están atendiendo.</li> <li>• Su información de salud también se podrá usar con proveedores médicos que no son empleados del Condado de Riverside con quienes compartimos registros médicos electrónicos, pero solamente con el fin de brindarle tratamiento o comunicarnos con usted.</li> <li>• Cuando sea necesario, podremos usar y divulgar su información médica para comunicarnos con usted.</li> </ul>	<p><b>Ejemplos:</b></p> <p>Los proveedores en RUHS tales como enfermeros/as, doctores/as, terapeutas, etc. pueden acceder a su información médica.</p> <p>Dado que RUHS comparte una plataforma de registros médicos con Loma Linda University Health, los proveedores en RUHS también pueden ver la información recolectada por sus proveedores en Loma Linda y las citas ahí programadas.</p> <p>Posiblemente nos comuniquemos con usted respecto a sus citas futuras y resultados de laboratorio.</p>
<p><b>Administrar nuestra organización</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podremos usar su información para evaluar la atención y el resultado de su caso, para mejorar nuestros servicios y en procesos administrativos.</li> </ul>	<p><b>Ejemplo:</b> Usamos la información médica para evaluar el nivel de atención a los pacientes de nuestro personal.</p>
<p><b>Facturarle los servicios</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podremos usar y divulgar información para facturarle a usted o a su aseguradora de salud.</li> </ul>	<p><b>Ejemplo:</b> Le enviamos facturas y otra información médica a su aseguradora de salud para que pueda pagar por los servicios que recibió.</p>
<p><b>Administración de las funciones de atención y los planes médicos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al ser administrador de ciertos planes médicos como, por ejemplo, Medicare, Medi-Cal y Exclusive Care, el condado puede divulgar cierta información limitada a los patrocinadores del plan.</li> </ul>	<p><b>Ejemplo:</b> Para confirmar su elegibilidad e inscripción a planes, administración de beneficios y, pagos de gastos médicos.</p>

<b>Con fines de suscripción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si es afiliado de Exclusive Care, podremos usar o divulgar cierta información con fines de suscripción.</li> </ul>	<b>Ejemplo:</b> Usaremos algo de su información para poder establecer los costos de las primas.
<b>Ayudar con cuestiones de seguridad y salud pública</b>	<p>Podremos divulgar su información médica en ciertas situaciones, tal como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar nacimientos y fallecimientos</li> <li>• Prevención y control de enfermedades, lesiones o discapacidad.</li> <li>• Ayuda con la retirada de productos</li> <li>• Informar reacciones adversas a medicamentos o problemas con productos</li> <li>• Denunciar casos sospechosos de abuso, negligencia o violencia en el hogar</li> <li>• Prevenir o reducir la amenaza a la salud o seguridad de cualquier persona.</li> </ul>	
<b>Cumplir con la ley</b>	Divulgaremos su información médica según lo exige la ley estatal o federal.	
<b>Trabajar con el médico forense o el director de la funeraria</b>	Podremos divulgar su información al médico legista, forense o a algún director de funeraria, según sea necesario.	
<b>Hacer investigación</b>	Con el permiso de una junta especial, podemos usar y divulgar su información médica con fines de realizar investigaciones relativas a la salud.	
<b>Abordar las solicitudes de los Seguros de compensación al trabajador, las entidades policiales y otras entidades gubernamentales</b>	<p>Podremos usar o divulgar su información médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para los reclamos de compensación al trabajador o para programas similares.</li> <li>• Con ciertos propósitos limitados de las entidades policiales.</li> <li>• Con agencias gubernamentales responsables de control médico.</li> <li>• Para funciones gubernamentales especiales, tal como la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial.</li> <li>• En respuesta a una orden administrativa o judicial o, un citatorio.</li> <li>• Si usted es preso de un instituto correccional o está bajo custodia de un oficial de una entidad encargada de hacer cumplir la ley, podremos divulgar su información con dichas entidades con el fin de proteger su seguridad o la seguridad de los demás.</li> </ul>	

---

**Intercambio de información médica**

- Participamos en el intercambio de información médica (*Health Information Exchange - HIE*)
  - El HIE es un sistema electrónico que permite a los proveedores participantes a divulgar la información médica del paciente acorde a las leyes federales y estatales de privacidad.
  - Salvo que se le notifique lo contrario o si usted objeta, divulgaremos su información médica de manera electrónica con sus proveedores médicos participantes según sea necesario para su tratamiento.
  - Sin su consentimiento, NO se enviará al HIE, información médica que actualmente, bajo la ley, requiere su autorización firmada para ser divulgada.
  - Puede negarse a ser incluido en el HIE en cualquier momento al comunicarse con la oficina de su proveedor médico.
- 

**¿De qué otra manera se podrá usar o divulgar su información médica?** Tenemos permitido o estamos obligados a divulgar su información médica de otras maneras; por lo general en maneras que contribuyen al bienestar público, tal como la salud pública o con fines investigativos. Debemos cumplir con varias condiciones antes de poder divulgar su información con estos fines. Para obtener más información, visite: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html>

## Sus elecciones

**Para cierta información médica, puede elegir lo que podemos divulgar.** Díganos que quiere que hagamos y haremos lo más posible para seguir sus instrucciones.

---

**En estos casos, usted tiene el derecho de decidir si podemos:**

- Divulgar información a individuos relacionados con su atención médica o quienes asisten con los pagos de su atención médica.
  - Divulgar su información en el caso de una situación de asistencia por desastres naturales.
  - Comunicarnos con usted con fines de recaudación de fondos.
  - Divulgar su nombre, ubicación en las instalaciones y su estado general (por ejemplo “favorable” o “crítico”) para aquellos que pidan por usted por nombre.
  - Compartir su preferencia religiosa con el clero.
- 

**En estos casos, nunca divulgaremos su información sin su permiso por escrito:**

- Con fines de publicidad
  - La mayoría de los registros de tratamiento para abuso de sustancias y para salud mental.
- 

## Nuestras Responsabilidades

- Estamos comprometidos y obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
  - Le haremos saber de cualquier acceso ilícito que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés).
  - Debemos cumplir con los términos de esta notificación y brindarle una copia para informarle de sus obligaciones legales y de las normas de seguridad con respecto a la PHI. Salvo en
-

---

una situación de tratamiento de emergencia, haremos todo lo posible en buena fe, por obtener un acuse de recibo por escrito del recibo de este Aviso de las Normas de Privacidad.

- Si nos da permiso para usar o divulgar su información, puede cambiar de parecer en cualquier momento y retirar dicho permiso. Si esto sucede, háganos saber por escrito. No podemos cambiar las acciones que ya se habían tomado basado en el permiso previo o si el permiso fue obtenido como una condición de la obtención de cobertura médica.
- Para obtener más información sobre este Aviso, comuníquese con el Funcionario de Privacidad del Condado usando la información de contacto disponible en la página 5 de este Aviso.

**Cambios a los Términos 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 a pedido, tanto en nuestras oficinas como en nuestro sitio de internet.

La fecha de vigencia de este aviso es diciembre de 2021.

---

---

### **Contacto para las Quejas de Privacidad**

**Oficina del Condado para la Privacidad (County Privacy Office)**  
**Funcionario de Cumplimiento y Privacidad del Condado**  
Compliance and Privacy Officer  
26520 Cactus Avenue  
Moreno Valley, CA 92555  
(951) 486-4659

**Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos - Región IX de la Oficina de los Derechos Civiles (U.S. Department of Health & Human Services)**  
**Region IX Office of Civil Rights**  
90 7<sup>th</sup> Street, Suite 4-100 San Francisco, CA 94103  
TEL: (800) 368-1019 • TDD: (800) 537-7697 •  
FAX: (202) 619-3818