



**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PODRÍA UTILIZARSE Y COMPARTIRSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN. LEA ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE.**

La ley federal llamada Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) creó nuevos derechos para los clientes de las organizaciones de atención médica. Uno de esos derechos es el derecho a la información respecto a las prácticas de privacidad. *Según los reglamentos federales, el Los Angeles LGBT Center (el Centro) debe proporcionarle una copia de este aviso sobre las prácticas de privacidad y pedirle que firme un documento indicando que se le entregó.*

Puede repasar el aviso sobre las prácticas de privacidad de inmediato o más adelante. En algún momento deberá leer el aviso cuidadosamente.

### **Resumen**

El aviso sobre las prácticas de privacidad explica:

- cómo usamos su información médica en términos generales;
- que, como otros profesionales de salud, podemos usar y divulgar su información médica como parte de su tratamiento, para tramitar el pago por los servicios prestados y para nuestras funciones internas; no se nos exige tener un permiso por separado para estos usos y divulgación;
- otras circunstancias en las que podríamos usar o divulgar información sobre su salud en las cuales no es obligatorio que obtengamos su permiso previamente;
- los derechos que tiene en cuanto a la información médica que tenemos, específicamente, su derecho a:
  - recibir una copia de este aviso de privacidad,
  - revisar y copiar la información médica que tenemos de usted,
  - recibir un recuento de cómo usamos y divulgamos su información médica, aparte de usarla para el tratamiento, el pago o las funciones de atención médica;
  - solicitar que nos comuniquemos con usted en ubicaciones, domicilios o números telefónicos alternativos;
  - solicitar restricciones en la forma en que usamos su información médica de salud;
  - solicitar una modificación a la información en nuestros archivos que usted considera que está equivocada;
  - recibir un aviso por escrito si su información médica está en peligro;
  - presentar un reclamo si cree que su derecho a la privacidad ha sido quebrantado.

Para el Centro su privacidad es un asunto serio. Lo animamos a que lea este aviso y conserve una copia en sus expedientes.

## **RESPONSABILIDADES DEL LOS ANGELES LGBT CENTER (EL CENTRO)**

Según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), el Centro debe tomar medidas para proteger la privacidad de su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Su PHI incluye información que hemos creado o recibido sobre su salud o para el pago de su atención médica. Incluye su expediente médico y su información personal, es decir su nombre, número de Seguro Social, domicilio y número telefónico.

### **Según la ley federal, tenemos las siguientes obligaciones:**

- Proteger la privacidad de su PHI. Todos los miembros de nuestro personal están obligados a mantener la confidencialidad de la PHI y a recibir la capacitación apropiada sobre privacidad.
- Proporcionarle este aviso de las prácticas de privacidad, que explica nuestros deberes y prácticas respecto a su PHI.
- Seguir las prácticas y los procedimientos establecidos en el aviso.

### **Los usos y la divulgación de su información médica protegida por parte del Centro NO requieren su autorización.**

El Centro utiliza y divulga la PHI de distintas formas, en relación con su tratamiento, el pago por su atención médica y nuestras funciones para la atención médica. Algunos ejemplos de cómo podemos utilizar o divulgar su PHI sin su autorización se enumeran a continuación. El uso y la divulgación de cierta información (tal como, pero no limitados a cierta información sobre drogas y alcohol, VIH, salud mental y genética) están sujetos a restricciones especiales. El Centro se apega a las leyes estatales y federales aplicables a la protección de dicha información.

### **Podríamos usar o divulgar su información médica protegida sin su autorización de la siguiente forma, en relación con su atención médica y tratamiento:**

- A nuestro personal médico, personal de enfermería y otras personas involucradas en su atención médica.
- A nuestros distintos departamentos para coordinar actividades como las relacionadas con recetas y análisis clínicos.
- A otros profesionales de la salud que le den tratamiento y que no forman parte de nuestro personal, tal como dentistas, personal de la sala de emergencias y especialistas. Por ejemplo, si recibe tratamiento por una lesión en la rodilla, podríamos compartir su PHI con su médico de cabecera, su especialista de la rodilla y su terapeuta físico para que puedan proporcionarle la atención apropiada.

### **Podríamos usar o divulgar su información médica protegida sin su autorización de la siguiente forma, en relación con su pago:**

- Para facturar a su compañía de seguro médico por el cuidado que le proporcionamos.
- A otras organizaciones y profesionales de la salud para actividades de pago a menos que esa divulgación esté prohibida por ley.

### **Podemos usar o divulgar su información médica protegida sin su autorización de la siguiente manera en relación a las funciones de atención médica:**

- Para administrar y apoyar nuestras actividades administrativas o aquellas de otras organizaciones médicas (según lo permita la ley) incluyendo a profesionales de salud y planes de seguro. Por ejemplo, podríamos usar su PHI para analizar y mejorar la atención que recibe y para ofrecer capacitación.

- A otras personas (tal como asesores y abogados) y organizaciones que nos asisten en actividades administrativas. Importante: si compartimos su PHI con otras organizaciones para ese propósito, estas deberán acceder a proteger su privacidad.

**Podemos usar o divulgar su información médica protegida sin su autorización para propósitos legales o gubernamentales en las siguientes circunstancias:**

- **Obligación legal:** cuando lo requieran las leyes estatales y federales, incluyendo las leyes de indemnización laboral.
- **Salud y seguridad públicas:** a una entidad autorizada de salud pública o persona autorizada para:
  - proteger la salud y seguridad públicas;
  - prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad;
  - reportar estadísticas demográficas como nacimientos o fallecimientos;
  - investigar o llevar un registro de los problemas con medicamentos recetados y dispositivos médicos según la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés).
- **Abuso o negligencia:** a las entidades gubernamentales autorizadas para recibir denuncias de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Agencias de control:** a agencias de control de salud para ciertas actividades como auditorías, estudios, investigaciones, inspecciones o licenciamientos.
- **Procedimientos legales:** en el transcurso de cualquier procedimiento legal en respuesta a una orden judicial o administrativa y, en ciertos casos, en respuesta a un citatorio, petición de revelación u otros procesos legales.
- **Autoridades legales:** a los agentes del orden el circunstancias limitadas para propósitos de hacer cumplir la ley. Por ejemplo, se puede divulgar la información para poder identificar o ubicar a un sospechoso, un testigo o una persona perdida; para denunciar un delito o para dar información sobre la víctima de un delito.
- **Actividad militar y seguridad nacional:** al ejército y a agentes federales para propósitos de seguridad nacional e inteligencia o de la prestación de servicios de protección al presidente de los Estados Unidos.

***También podríamos utilizar o divulgar su información médica protegida sin su autorización en las siguientes circunstancias variadas:***

- **Familiares y amigos:** a miembros de su familia, un pariente, amigo cercano (u otra persona que usted identifique, quien esté involucrada en su atención médica directamente), cuando usted no esté presente o no sea capaz de tomar una decisión sobre su atención médica y nosotros determinemos que compartir su información es para beneficio de usted. Por ejemplo, podríamos divulgar cierta PHI a un amigo que lo lleve a la sala de emergencias.
- **Recordatorios de citas:** para recordarle por escrito, por teléfono o correo de voz que tiene una cita médica con nosotros. Estos recordatorios pueden realizarse por tarjeta postal, teléfono o correo de voz, a menos que usted nos pida comunicarnos con usted por otro método, como se describe más adelante en este aviso.
- **Alternativas de tratamiento y descripción del plan:** para comunicarnos con usted respecto a sus servicios de tratamiento, opciones o alternativas, así como respecto a los beneficios o servicios de salud que podrían ser de su interés.

- **Recaudación de fondos:** nos comunicaremos con usted para propósitos de recaudación de fondos para el Centro. Solo publicaríamos información como su nombre, domicilio, número telefónico y fechas en las que recibió tratamiento o servicios con nosotros. Se le dará la oportunidad de indicarnos si no desea que lo contactemos para este propósito.
- **Investigación:** para propósitos de estudios de investigación del Centro u otra organización, siempre que se tomen medidas para proteger su privacidad. Importante: en estos casos, generalmente una mesa directiva de investigación analizará el proyecto para asegurarse de que existen protecciones adecuadas para la privacidad antes de que el Centro utilice o divulgue su PHI.
- **Anonimización de la información:** para “anonimizar” la información al eliminar de su PHI la información que podría usarse para identificarlo individualmente.
- **Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos:** a los forenses, directores de funerarias y organizaciones de donación de órganos, según lo autorice la ley.
- **Socorro durante catástrofes:** a una entidad autorizada pública o privada para propósitos de socorro durante catástrofes. Por ejemplo, podríamos divulgar su PHI para ayudar a avisar a sus familiares sobre su ubicación o condición en general.
- **Peligro para la salud o seguridad:** para evitar un peligro grave a la salud o seguridad de usted o de otros.
- **Centros penitenciarios:** si usted es interno de un centro penitenciario, podríamos divulgar su PHI a dicho centro para ciertos propósitos, tales como brindarle atención médica o proteger su salud y seguridad y la de los demás.
- **Colaboradores administrativos:** a terceros y sus subcontratistas que generan, reciben, mantienen o transmiten PHI para la prestación de servicios o funciones esenciales para nuestra empresa. Nuestros colaboradores administrativos y sus subcontratistas están obligados, por contrato, a proteger la privacidad de su información y no tienen permitido utilizarla o divulgar ninguna información más que en la forma en que lo especifica nuestro contrato. Nuestros colaboradores administrativos y sus subcontratistas también están sujetos directamente a las leyes federales de privacidad.
- **Propósitos de notificación si hay una filtración de información:** podríamos usar su información de contacto para hacerle llegar avisos requeridos por ley respecto a la adquisición, el acceso o la divulgación no autorizada de su información.

***El Centro usará o divulgará su información médica protegida únicamente con su autorización por escrito:***

- para propósitos de mercadotecnia;
- para propósitos que constituyen la venta de la PHI, y
- para situaciones que no se enumeran en las secciones anteriores.

Si usted firma la autorización, puede revocarla en cualquier momento por escrito, aunque esto no afectará la información divulgada antes de que revocara su autorización.

Si desea que divulguemos su PHI a otra persona o agencia, complete y presente un formulario de **Autorización a terceros para el uso o la divulgación de la información médica** y envíela por correo electrónico a [healthservices@lgbtcenter.org](mailto:healthservices@lgbtcenter.org) o entréguela en la oficina principal de la clínica del Los Angeles LGBT Center. El formulario está en la página web de formularios para pacientes del Centro en <https://lgbtcenter.org/patient-forms> o puede recogerlo en la recepción de cualquier clínica.

## **SUS DERECHOS RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Obtener una copia del aviso cuando la solicite.** Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.
- **Inspeccionar y obtener una copia de la PHI.** Usted tiene el derecho de acceder y copiar su PHI, mientras mantengamos la PHI. Para inspeccionar o solicitar una copia de su PHI, deberá llenar y presentar el formulario **“Solicitud del paciente para acceder a la información médica”**. Si tenemos una parte o toda su información médica en formato electrónico, puede solicitar una copia electrónica de esos expedientes o solicitar que enviemos una copia electrónica a un tercero designado por usted por escrito. Responderemos a su solicitud por escrito. Podríamos cobrarle una cuota por los servicios de copiado, envío u otros materiales necesarios para concederle su solicitud. Podemos negar su solicitud si (1) hemos determinado razonablemente que ofrecer acceso a la PHI pondría en peligro su vida, su seguridad u ocasionarle daño grave a usted o a otra persona; (2) la PHI hace referencia a otra persona y no tenemos el permiso necesario para divulgar esa información, o (3) si hay otro requisito legal que impide que le entreguemos la información a usted. Si negamos su petición, le avisaremos por escrito y le daremos la oportunidad de solicitar que se reconsidere la negativa.
- **Solicitar una restricción a ciertos usos y divulgación de su PHI.** Tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación del uso o la divulgación de su PHI. Para solicitar una restricción, debe llenar y presentar el formulario **“Solicitud para una restricción especial en el uso y la divulgación de la PHI”** e identificar (1) la información en particular que desea limitar; (2) si desea limitar su uso, divulgación o ambas, y (3) a quién desea que se apliquen esos límites. Aunque tomaremos en consideración su petición, no estamos obligados a aceptar esas restricciones. Sin embargo, estamos obligados a aceptar su solicitud para restringir la divulgación de la PHI a un plan de salud para los propósitos del pago de las operaciones del plan de salud si la PHI se relaciona únicamente a un tema o servicio de atención médica por el que usted haya realizado la totalidad del pago de su bolsillo sin usar ningún beneficio de su seguro médico. Le daremos una respuesta por escrito a su solicitud. Si accedemos a restringir el uso o la divulgación de su PHI, no aplicaremos las restricciones en caso de emergencia. También tenemos el derecho de cancelar la restricción si (1) usted accede verbalmente o por escrito o (2) le informamos de dicha cancelación, la cual entrará en vigor únicamente respecto a la PHI que haya sido creada o recibida después de que le hayamos informado de la cancelación de la restricción.
- **Solicitar que la comunicación respecto a su PHI sea por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.** Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta forma o en cierto lugar. Por ejemplo, puede solicitar que lo contactemos sobre asuntos médicos únicamente en un domicilio en particular. Debe llenar y presentar el formulario **“Solicitud para la restricción de la manera o el método de la comunicación confidencial”** e indicar cómo, dónde o cuándo desea que se le contacte. Nos adaptaremos a todas sus peticiones razonables.
- **Solicitar una modificación a la PHI.** Si considera que la PHI que mantenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que hagamos un cambio o “modificación”. Debe llenar y presentar un formulario de **“Solicitud para modificar la información médica protegida”** para solicitar cualquier cambio. *La información que estaba completa y correcta al momento de ser creada no será modificada.* Puede solicitar una modificación a la información creada por el personal del Centro por el tiempo que conservemos su PHI. Responderemos a su solicitud por escrito. En nuestra respuesta podríamos (1) acceder a hacer la modificación, o (2) informarle de nuestra negativa a hacer la modificación, explicarle nuestras razones y darle una idea general de cualquier procedimiento disponible para presentar una apelación. Podríamos rehusar su solicitud para una modificación por ciertas razones. Si rehusamos su petición, también tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con la decisión y le daremos una réplica a su declaración o incluiremos su declaración en su expediente médico.

- **Recibir un recuento de la divulgación de su PHI.** Usted tiene el derecho a solicitar un recuento de la divulgación que hemos hecho de su PHI después del 14 de abril del 2003, para muchas razones que no sean el tratamiento, pago o funciones de la atención médica. A partir del 1.º de enero del 2011, el recuento de la divulgación de su expediente médico electrónico incluye la divulgación para tratamiento, pago o funciones. Este recuento excluirá la divulgación que se hizo directamente a usted, a familiares o amigos involucrados en su atención y la divulgación para propósitos de notificación y ciertas excepciones. Deberá llenar y presentar un formulario de **“Solicitud para el recuento de la divulgación”**. Responderemos a su solicitud por escrito. El primer recuento de su petición en un periodo de 12 meses se le proporcionará sin costo alguno, pero podría haber un cargo para los recuentos subsecuentes. Le avisaremos del costo y usted puede retirar o modificar su solicitud en ese momento.
- **Recibir aviso por escrito si ha habido una filtración de información.** Investigaremos cualquier uso o divulgación no autorizados que se descubran y que comprometan la privacidad o seguridad de su PHI, a menos que podamos demostrar que hay muy pocas probabilidades de que la PHI ha sido comprometida. Si determinamos que ha habido una filtración de la información, le notificaremos por correo de primera clase y (1) describiremos lo que ocurrió, (2) indicaremos las medidas que debe tomar para protegerse del posible daño de una filtración de la información y (3) le indicaremos lo que haremos para investigar dicha filtración, mitigar los daños y protegernos contra futuras filtraciones.

### **Formularios disponibles para ayudarle a tramitar cualquiera de las solicitudes arriba mencionadas.**

- Puede obtener un formulario en la recepción de cualquiera de las clínicas de servicios de salud.
- Puede llamar al 323-993-7500 y pedir que se le envíe algún formulario por correo.
- Puede imprimir los formularios en la página web para pacientes de las clínicas de servicios de salud del Centro <https://lalgbtcenter.org/health-services/patient-forms>.

Todas las solicitudes por escrito (los formularios llenos) pueden presentarse en las clínicas de servicios de salud de las formas siguientes:

- Entregue las solicitudes por escrito en cualquier recepción de las clínicas de servicios de salud.
- Envíe las solicitudes por escrito al Los Angeles LGBT Center - Health Services, c/o Privacy Official, 1625 N. Schrader Blvd., Los Angeles, CA 90028.
- Llene el formulario en línea en <https://lalgbtcenter.org/health-services/patient-forms>, si está disponible.
- Presente las solicitudes por escrito por medio del portal para pacientes FollowMyHealth.

### ***Cambios a las prácticas de privacidad***

El Centro podría cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. El aviso modificado sería aplicable a toda la PHI que conservamos. Si cambiamos cualquiera de las prácticas descritas en este aviso, publicaremos el aviso modificado en nuestra página web <https://lalgbtcenter.org/health-services/patient-forms> y en las clínicas de servicios de salud.

### ***Preguntas y reclamos***

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, contacte al funcionario de privacidad al 323-993-7500. Si cree que hemos quebrantado su privacidad o si no está de acuerdo con alguna decisión que tomamos sobre el acceso a su PHI, puede presentar un reclamo por escrito a Los Angeles LGBT Center – Health Services, Privacy Office, 1625 N. Schrader Blvd., Los Angeles, CA 90028. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo por escrito, llame al funcionario de privacidad al 323-993-7500. También puede presentar un reclamo con el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No será penalizado si presenta un reclamo sobre nuestras prácticas de privacidad ante nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos.