



NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO (DOB)

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (MRN)

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DEL DPH SOBRE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA**

El aviso adjunto describe la manera en la que su información médica puede ser utilizada y divulgada en el Departamento de Salud Pública (Department of Public Health, DPH) de San Francisco y cómo puede acceder a dicha información. Léalo detenidamente.

**Compromiso del DPH:** los empleados del Departamento de Salud Pública (DPH) de San Francisco, sus afiliados y proveedores contratados entienden que la información acerca de usted y su salud es personal. Se comprometen a proteger toda información relacionada con su salud.

**Acuso recibo** del "Aviso del DPH sobre los derechos de privacidad" del Departamento de Salud Pública de San Francisco.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Relación (en caso de que no sea el paciente): \_\_\_\_\_

El paciente/cliente se negó a firmar el recibo (firma del personal): \_\_\_\_\_

El paciente/cliente es incapaz de firmar (firma del testigo): \_\_\_\_\_

Motivo de la incapacidad:  Capacidad física disminuida  Capacidad mental disminuida  Otras

(Especificar) \_\_\_\_\_

Intérprete: \_\_\_\_\_

Fecha de efectividad: 23 de septiembre de 2013

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA  
ACERCA DE USTED ES POSIBLE QUE SEA USADA Y COMPARTIDA EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA (DPH)  
DE SAN FRANCISCO Y  
CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.  
POR FAVOR REVÍSELA CON MUCHO CUIDADO.**

Si usted tiene cualquier pregunta acerca de este Aviso, por favor llame a la Línea Directa Privada de DPH, al (415) 206-2354.

**QUIEN SEGUIRÁ ESTE AVISO:**

Departamento de Salud Pública (DPH) de San Francisco y las siguientes personas seguirán los reglamentos presentados en este Aviso:

- ◆ Cualquier personal profesional autorizado que aporte información en su historial de salud del DPH.
- ◆ Todos los departamentos y unidades del DPH, afiliados del DPH, y los contratistas del DPH/asociados de negocios que puedan leer, usar o dar la información personal de salud del paciente.
- ◆ Cualquier de los grupos voluntarios quienes le ayuden mientras recibe el cuidado por parte del DPH.
- ◆ Los trabajadores del cuidado de la salud del DPH y los empleados de la Universidad de California en San Francisco, quienes trabajan con el DPH.
- ◆ Las personas que cursan estudios superiores para llegar a ser trabajadores de salud y sus profesores cuya ayuda provee su cuidado de salud en el DPH, por ejemplo, los médicos residentes, estudiantes de medicina, estudiantes de enfermería, estudiantes graduados, etc.

Todas estas entidades, sitios y lugares cumplen con los términos de este aviso. Además, estas entidades, sitios y lugares pueden compartir información médica entre sí para propósito de tratamientos, pagos, u operaciones del cuidado de la salud descritas en este Aviso.

**COMPROMISO DEL DPH ACERCA DE LA INFORMACIÓN DE SALUD:**

Los trabajadores de salud del Departamento de Salud Pública de San Francisco, los afiliados del DPH y los contratistas del DPH, saben que la información de salud acerca de usted y su salud es personal. Nosotros estamos comprometidos a proteger la información de salud de usted. Un historial del cuidado y de los servicios que usted recibe en el DPH, se crea y se guarda en el DPH. Este historial se necesita para darle cuidado de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este Aviso se aplica a todos los historiales y registros acerca de su cuidado, mantenidos por el DPH, bien sea hechos por los trabajadores de salud del DPH o su médico personal que le cuida en la clínica del DPH u hospital. Si usted cuenta con un médico personal que no pertenece al DPH, es posible que él o ella sigan diferentes reglamentos acerca de cómo usar y compartir su información de salud.

El DPH guarda y archiva la información del paciente en muchos lugares, tanto en papel como en computadoras, dependiendo donde se haya dado el cuidado. Los trabajadores de salud y los médicos comparten esta información entre ellos mismos con la finalidad de cuidar de su salud.

La ley requiere que el DPH:

- ◆ Mantenga un historial del cuidado provisto a usted;
- ◆ Se asegure que la información de salud que pueda ser usada para identificarlo, sea mantenida de manera privada (con ciertas excepciones);
- ◆ Cumplir con la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA) para evitar el uso o divulgación de la información genética para fines de discriminación o de suscripción
- ◆ Proporcione este Aviso de las responsabilidades legales del DPH y sus prácticas de privacidad; y
- ◆ Seguir el Aviso que se encuentra en efecto para este momento.

### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD.**

En general, usted tiene los siguientes derechos con respecto su información de salud y que es mantenida por el DPH:

- ◆ **Derecho a Pedir una Inspección y una Copia.** Usted tiene el derecho a pedir a que pueda ver, leer y obtener una copia de papel o electrónica si están disponibles de la información de salud usada para tomar decisiones acerca de su cuidado. Normalmente, esto incluye los registros médicos y de facturas. Si usted desea obtener una copia de la copia de la información de salud usada para tomar decisiones acerca de su cuidado, usted debe mandar, o tomar su solicitud por escrito durante las horas de negocios a la oficina de registros médicos en el lugar donde se le proveyó su cuidado (vea la parte final de este Aviso, para una lista de las direcciones). Al menos que su proveedor lo apruebe, el derecho a ver y requerir una copia de la información de salud, no incluye la información de la salud mental. Si el DPH decide que usted no puede mirar su información de salud mental, es posible que decida en su lugar, proveerle con un resumen de su historial. Si su proveedor le niega su solicitud, es posible que usted pueda pedir a un miembro de la Administración de Riesgos del DPH, que revise la razón por la cual su solicitud fue negada. La persona que lleva a cabo la revisión no será la misma persona que le negó su solicitud.
- ◆ **Derecho de Autorizar el Compartir su Información de Salud.** Cuando usted cree que es necesario y apropiado, tiene el derecho a pedir al DPH a que envíe copias de su información de salud a cualquiera que usted desee – otras personas, profesionales del cuidado de salud u hospitales y clínicas. Alguna información de salud recogida y mantenida por el DPH acerca de usted es más sensitiva que otra información de salud. Por ejemplo, si usted está siendo tratado por problemas de salud mental, del abuso de sustancias, o VIH/SIDA, el DPH tiene mucho cuidado en no compartir esta información con las personas que no necesitan usarla con el propósito de proveer el cuidado, al menos que usted diga específicamente que está bien hacerlo. En el caso del tratamiento de salud mental, es posible que su proveedor tenga que estar de acuerdo con enviar esa información. Usted puede pedir que el DPH deje de compartir su información de salud en cualquier momento. Para pedir que el DPH comparta su información de salud con personas fuera del DPH, tiene que hacerlo por escrito. Envíe o tome su solicitud a la oficina de registros médicos en el sitio donde se le proveyó el cuidado (vea la parte final de este Aviso, para una lista de las direcciones).
- ◆ **Derecho a Hacer Correcciones.** Si usted cree que la información archivada por el DPH acerca de usted no es correcta o no está completa, tiene el derecho de pedir que el DPH cambie esa información. También tiene el derecho de pedir una enmienda acerca de su información de salud mientras ellos tengan la misma. Para pedir un cambio, envíe o tome su solicitud a la oficina de registros médicos en el sitio donde se le proveyó el cuidado (vea la parte final de este Aviso, para una lista de las direcciones). Además, usted debe explicar la razón por la cual desea que se cambia su información. Es posible que el DPH niegue su solicitud si no está por escrito o no explica la razón por la cual desea el cambio. También es posible que el DPH niegue su solicitud, si pide cambiar información que:

- ◆ No fue creada por los trabajadores de salud del DPH;
- ◆ Fue anotada por una persona que ya no está disponible para hacer ese cambio;
- ◆ No forma parte de la información de salud mantenida por o para el DPH;
- ◆ No forma parte de la información la cual usted podría ver o copiar; o
- ◆ Se consigue que es correcta y está completa.

Incluso si el DPH le deniega su solicitud de enmienda, usted tiene derecho de presentar un anexo por escrito que no exceda de 250 palabras con respecto a cualquier artículo o declaración en su expediente que usted considere que está incompleto o incorrecto. Si usted indica claramente por escrito que usted desea que el anexo sea parte de su expediente de salud nosotros lo adjuntaremos a su expediente y lo incluiremos siempre que hagamos una divulgación del punto o declaración que usted cree que está incompleto o incorrecto.

- ◆ **Derecho al Registro de las Personas que han visto su Información.** Usted tiene el derecho de ser informado de quién ha leído su historial médico. Este “registro de las personas que han visto su información” es una lista de las personas fuera del DPH con las cuales el DPH ha compartido su información de salud con otros propósitos diferentes a proveerle el cuidado de su salud, pagar por su cuidado de salud, o llevar a cabo otras actividades necesarias para sus operaciones. Para pedir esta lista, debe enviar su solicitud por escrito a la oficina de registros médicos en el sitio donde se le proveyó el cuidado (vea la parte final de este Aviso, para una lista de las direcciones). Cuando pida el “registro de las personas que han visto su información” usted debe decirnos el nombre del proveedor de cuidado del DPH para el cual usted desea ese registro. Usted no puede pedir que el DPH le provea la información acerca con quién el DPH compartió la información por más de seis años antes de que usted presentó su solicitud. Su solicitud debe decir cómo desea que el DPH le provea la lista (por ejemplo: en papel o en un archivo de computadora). La primera lista que pida durante un periodo de 12 meses será gratis. Es posible que el DPH le pida pagar por las listas adicionales. Los costos le serán explicados, y usted podrá elegir entre cancelar su solicitud o cambiar su mente en cualquier momento antes de que se le cobre.
- ◆ **Derecho a Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho a pedir que el DPH no comparta su información de salud con ciertos individuos o para ciertos propósitos. También tiene el derecho a pedir que el DPH no comparta su información de salud con personas, como por ejemplo, un familiar o amigo, que posiblemente esté involucrado en su cuidado o que pague por el mismo. Por ejemplo, usted puede pedir al DPH a que no use o comparta su información acerca de una cirugía que haya tenido. *El DPH y/o sus médicos no tienen que estar de acuerdo con su petición.* Si está de acuerdo, el DPH no compartirá su información de salud al menos que la información sea necesaria para darle un tratamiento de emergencia. Para solicitar esas restricciones, debe enviar su solicitud por escrito a la oficina de registros médicos en el sitio donde se le proveyó el cuidado (vea la parte trasera del Resumen del Aviso, para una lista de las direcciones). En su solicitud debe explicar (1) qué información desea limitar; (2) si bien quiere limitar el uso o compartimiento de la información o ambos a la vez; y (3) a quién desea que se le pongan esos límites. Por ejemplo, es posible que no desee que su información de salud sea compartida con su familia. Si usted paga la cantidad total con dinero de su propio bolsillo por un servicio o por un artículo de servicio de salud, usted puede pedir a DPH que no comparta esa información para motivos de pagos o nuestras operaciones con su compañía de seguro de salud. Su petición será aprobada a menos que una ley requiera que el Departamento de Salud Pública (DPH) comparta esta información).

- ◆ **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho a especificar dónde y cómo los empleados del DPH le pueden contactar. Por ejemplo, puede pedir al personal del DPH a que lo contacten solamente en su trabajo o por correo. Háganoslo saber por escrito, enviando su solicitud a la Oficina de Privacidad del DPH (DPH Privacy Office, 2789 25<sup>th</sup> St., San Francisco, CA 94110). Usted no necesita dar una razón por su solicitud. Todas las solicitudes razonables serán aprobadas. Su solicitud debe decir dónde y cómo desea ser contactado.
- ◆ **Derecho a una Copia en Papel de este Aviso.** Usted tiene el derecho a recibir una copia en papel de este Aviso. La puede pedir en cualquier momento. Aún si decidió recibirla por correo electrónico o la leyó en un sitio del Internet, todavía tiene el derecho a recibir una copia en papel de este Aviso. Para obtener una copia en papel de este aviso, visite cualquier proveedor de salud del DPH o escriba al Oficina de Privacidad del DPH (DPH Privacy Officer, 2789 25<sup>th</sup> St., San Francisco, CA, 94110). Es posible que usted obtenga una copia de este aviso en el sitio del Internet de DPH, <http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/HIPAA/HIPASummaries.asp>
- ◆ **Derecho de ser Notificado de un Incumplimiento:** Usted tiene el derecho de saber si su Información de Salud Protegida (PHI) ha sido violada. Vamos a seguir lo que las leyes de privacidad requieren para dejarle saber si su información ha sido compartida por error.

#### **CÓMO DPH PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD.**

DPH desea que usted conozca las distintas formas que usa y comparte su información de salud. El DPH no puede describir cada forma que usa y comparte la información de salud en este Aviso. Sin embargo la mayoría de las formas caben en una de las descripciones provistas abajo. Es muy importante que sepa que en California existen tipos especiales de información de salud protegidas que necesitan ser manejadas y guardadas de una forma especial. Entre este tipo de información protegida se encuentran el tratamiento de salud mental, tratamiento de incapacidades del desarrollo, tratamiento para el abuso de drogas y alcohol, y tratamiento del VIH/SIDA. La información acerca del tratamiento de menores por encima de los 12 años que desean servicios para la salud reproductiva, mental, abuso de sustancias, embarazo, enfermedades a reportar, violación, asalto sexual también es información protegida. En todos los casos, los trabajadores de salud del DPH y los médicos usarán la mínima cantidad de información necesaria para darle el cuidado, obtener el pago por los servicios de cuidado, u operar las instalaciones de cuidado del DPH. El DPH regularmente revisa los usos y entrega de información que el personal del DPH, sus contratistas y el personal del UCSF hace de los registros del DPH, para asegurarse que sean apropiados.

Divulgación a Petición Suya. El Departamento de Salud Pública (DPH) puede divulgar información cuando sea solicitado por usted. Esta divulgación a su petición puede requerir una autorización escrita por usted.

**Para el Tratamiento.** Para mejorar la calidad del cuidado que usted recibe, la información de salud puede ser compartida por los proveedores dentro del DPH y entre el DPH y sus contratistas – incluyendo la información acerca de la salud mental, abuso de sustancias, VIH/SIDA, enfermedades transmitidas sexualmente o STD e incapacidades del desarrollo. Por ejemplo, un médico que lo trate por una pierna rota, es posible que necesite saber si usted padece de diabetes, porque ésta retarda el proceso de curación. Además, es posible que el médico tenga que decirle al dietista que usted tiene diabetes para que pueda recibir comidas especiales. Diferentes departamentos del DPH pueden compartir su información para proveerle cosas que usted pueda necesitar, como medicinas, exámenes de laboratorio, rayos X, etc. Si su cuidado requiere que sea referido a un médico o instalación fueran del DPH, su información de salud es posible que sea compartida con ellos para planificar la continuación de su cuidado.

Si los proveedores de servicios de salud u otras personas fuera del DPH y sus contratistas, necesitan su información de salud, se le pedirá que dé su aprobación para que el DPH comparta esa información, al menos que la información sea necesaria para su cuidado en un caso de emergencia.

**Para el Pago.** Su información de salud puede ser usada y compartida para que el tratamiento y los servicios usted recibe en el sitio de cuidado del DPH le sean cobrados a usted, a una compañía de seguros o a un servicio para reclamos. Es posible también que la información se pueda compartir con un servicio elegible para que busque programas para ayudar a los pacientes a que paguen por sus servicios. Es posible que sea necesario decirle a su plan de salud acerca de un tratamiento que usted necesita con la finalidad de recibir la aprobación de antemano o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento. En todos los casos, el DPH buscará su aprobación para compartir la información con los pagadores antes de entregarla.

**Para Operaciones del Cuidado de la Salud.** Su información de salud es posible que sea usada y compartida para las operaciones del DPH. Es posible que el DPH necesite usar y compartir esta información para hacer funcionar sus facilidades y asegurarse que todos los pacientes del DPH reciben un cuidado de calidad. Por ejemplo, el DPH pueda que necesite usar su información de salud para revisar el tratamiento y los servicios y para inspeccionar el cuidado que usted recibe por parte de los trabajadores de salud del DPH. La información de salud acerca de muchos pacientes del DPH es posible que se combinen para decidir qué servicios adicionales el DPH debería ofrecer, qué servicios son necesarios y para saber si ciertos procesos nuevos son efectivos. La recolección de la información acerca de muchos pacientes del DPH es posible que se compare con la información de otros lugares que no pertenecen al DPH, para ver si el cuidado de la salud y los servicios puedan ser mejorados. La información que lo identifica a usted puede ser removida de la información de salud para estudiar el cuidado de la salud y la entrega de ese cuidado. Es posible que la información pueda ser compartida con médicos del DPH, enfermeras, técnicos y otro personal del DPH para su revisión y para propósitos educativos.

**Recordatorios de Citas.** Es posible que el DPH use su información para recordarle acerca de una próxima cita. Sin embargo, recuerde que usted siempre tiene el derecho de pedir que el DPH le contacte de otras formas si no desea recibir el recordatorio para la cita, vía correo normal.

**Directorio.** Cierta información limitada acerca de usted puede ser incluida en los directorios del paciente en los hospitales del DPH donde está siendo tratado. Sin embargo, los sitios para la salud mental y el abuso de sustancias no usan directorios públicos. Esta información puede incluir su nombre, lugar en el hospital o clínica, su condición general (es decir, buena, estable, etc.) y su afiliación religiosa. La información del directorio excepto su afiliación religiosa, puede ser compartida con las personas que le solicitan por su nombre. Su afiliación religiosa se puede dar a su cura, rabí, o ministro, aún si ellos no lo solicitan por su nombre. Esto se hace para que su familia, amigos y el clero puedan visitarle y generalmente saber cómo se siente, si está hospitalizado en una de las instalaciones del DPH. Si no desea que el DPH comparta su nombre, lugar en el hospital, condición general o afiliación religiosa, debe informarle a la oficina de admisiones en la instalación donde está recibiendo el cuidado.

Recaudación de Fondos. Podríamos comunicarnos con usted para proporcionarle información acerca de las actividades patrocinadas por DPH, que incluyen programas y eventos de recaudación. Usted tiene derecho de solicitar una exclusión para recibir información de la Recaudación de fondos. Si usted recibe comunicación de la recaudación de fondos, ahí se le explicará cómo excluirse.

Comercialización o Venta de Información de la Salud. La divulgación de su Información de Salud para comercialización o venta alguna requerirá su autorización por escrito.

**Personas Involucradas en su Cuidado o el Pago de su Cuidado.** Su información de salud es posible que sea compartida con su amigo o miembro de la familia que diga que esté involucrado en o es responsable de su cuidado médico y que necesita saber la información para ayudarlo. Es posible que la información se provea a alguien que diga que va a ayudarlo a pagar por su cuidado. A los clientes de salud mental se les pedirá que formalmente aprueben esto, además su información de salud puede ser compartida con una organización que ayude en esfuerzos para alivio de desastres de tal manera que su familia sea informada acerca de su condición, estado o ubicación.

**Investigación.** Su información de salud es posible que sea usada y compartida para propósitos investigativos en dos formas. Primeramente, es posible que sea usada por los investigadores en los estudios a los cuales se le invitó a participar, donde usted actualmente haya estado de acuerdo en tomar una droga o recibir un tratamiento que está siendo estudiado para su efectividad. En estos tipos de estudios, siempre se le pedirá su consentimiento para involucrarse en el estudio. Segundo, su información de salud es posible que sea usada y compartida sin hacer referencia al hecho de que era acerca de usted, personalmente. Por ejemplo, un proyecto investigativo pueda que involucre la comparación de la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con aquellos que recibieron otro medicamento por la misma condición, sin incluir nombres u otra referencia personal. Sin embargo, todos los proyectos investigativos llevados a cabo en el DPH, están sujetos a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa un proyecto investigativo propuesto y el uso de su información de salud, para asegurar que la investigación no representa más que los riesgos mínimos para su privacidad. Antes que la información de salud sea usada o compartida para la investigación, el proyecto habrá sido aprobado a través de este proceso para la aprobación de la investigación, y el investigador habrá firmado un juramento de confidencialidad.

**Cuando se Requiera por la Ley.** Su información de salud es posible que sea compartida cuando se requiera por la ley federal, estatal o local.

**Para Evitar una Seria Amenaza a la Salud o Seguridad.** Su información de salud es posible que sea usada y compartida con las fuerzas policiales, equipo móvil de crisis, o con una posible víctima cuando sea necesario para prevenir una seria amenaza a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Sin embargo, cualquier entrega de información, será dada solamente a alguien capaz de prevenir la amenaza.

**Situaciones especiales:** Su información de salud es posible que sea compartida sin su aprobación en las siguientes situaciones, si ellas se aplican a usted.

- ◆ **Donación de Órganos y Tejidos.** Si desea donar un órgano o tejido, es posible que su información de salud sea dada a las organizaciones que manejen la donación del órgano o el órgano, ojo o trasplante de tejido, o un banco de donación de órganos, como sea necesaria para ayudar con la donación del órgano, tejido y el trasplante.
- ◆ **Militares y Veteranos.** Si es un miembro de las fuerzas armadas, su información de salud es posible que sea compartida, como sea requerida por las autoridades militares.
- ◆ **Compensación del Trabajador.** Su información de salud es posible que sea dada para el procesamiento de los reclamos de compensación del trabajador o programas similares. Estos programas proveen beneficios para las heridas o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- ◆ **Riesgos a la Salud Pública.** Es posible que la ley Federal y del Estado requiera que el DPH comparta su información de salud para actividades que tengan que ver con la salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:
  - Prevenir o controlar enfermedades, heridas o incapacidades;
  - Reportar nacimientos o muertes;
  - Para informar sobre el abuso o negligencia de los niños, ancianos y adultos dependientes;

- ◆
  - Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos para el cuidado de la salud;
  - Notificar a las personas acerca de avisos para retirar productos del mercado y que ellos puedan estar usando;
  - Notificar a una persona que posiblemente haya sido expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraerla o contagiar una enfermedad o condición; y
  - Notificar a una autoridad correspondiente si sospechamos que un paciente ha sido víctima de un abuso, negligencia o violencia doméstica, como sea requerido por la ley.
  - Para notificar a los empleados de respuesta de emergencia sobre la posible exposición al HIV/AIDS, (SIDA) o en la medida necesaria para cumplir con las leyes federales y estatales.
  
- ◆ **Actividades para Controlar la Salud.** Es posible que la ley requiera al DPH compartir su información de salud con una agencia que revisa las actividades para el cuidado de la salud del DPH. Las actividades de revisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones, y licenciaturas. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema para el cuidado de la salud, los programas pagados por los contribuyentes y para asegurar que el DPH se adhiere a las leyes de los derechos civiles.
  
- ◆ **Demandas y Disputas.** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa legal, su información de salud es posible que sea compartida en respuesta a una orden de la corte o administrativa. Es posible que su información de salud también sea compartida en respuesta a una citación legal, solicitud de descubrimiento, u otro proceso legal por otros involucrados en la disputa, pero solamente si sus abogados le han tratado de decirle acerca de la orden de tal manera que usted tenga una oportunidad de objetar dentro de los límites de tiempo establecidos por la ley. Podemos revelar información mental a tribunales, a empleados de tribunales en el curso de la tutela, y otros ciertos procedimientos judiciales o administrativos.

**Fuerzas Policiales.** Su información de salud es posible que sea compartida con un oficial de las fuerzas policiales:

- En respuesta a una orden de la corte, citación legal, auto judicial, convocación o proceso similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material, algunos fugitivos y ciertas personas desaparecidas;
- Acerca de una muerte que se crea resultó de una conducta criminal;
- Acerca de una conducta criminal en una instalación del DPH;
- Cuando lo solicite un oficial que presente una orden judicial con la instalación, y
- Cuando se solicite en el momento de una hospitalización involuntaria del paciente.
  
- ◆ **Investigador de Muertes Violentas o Examinador Médico Forense.** Es posible que la ley requiera que el DPH comparta su información de salud con un investigador de muertes violentas o examinador médico forense. Es posible que esto sea necesario, por ejemplo, para identificar una persona que haya muerto o determinar la causa de la muerte.
  
- ◆ **Conservadores o Guardianes Asignados por la Corte.** Sin pedir su permiso, el DPH es posible que comparta su información de salud con individuos asignados por la corte para vigilar su salud mental y/o física y su bienestar financiero.
- ◆ **Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia.** Sin pedir su permiso, el DPH es posible que comparta su información de salud con oficiales federales autorizados para la inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

- ◆ **Servicios de Protección para el Presidente y Otros.** El DPH es posible que comparta su información de salud con oficiales federales autorizados de tal manera que ellos puedan proveer protección al Presidente, funcionarios constitucionales electivos y sus familias, o mandatarios del extranjero. El DPH es posible que también comparta información de salud con otras personas autorizadas para conducir investigaciones especiales.
- ◆ **Presos.** Si usted es un preso de una cárcel o prisión bajo la custodia de un oficial, el DPH es posible que comparta su información de salud con el personal de la cárcel o prisión o sus oficiales correccionales. El DPH tendrá que compartir esta información (1) para que la cárcel/prisión le provea un cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y la seguridad o la salud y seguridad de otros; (3) para la salud y seguridad del personal de la cárcel/prisión, o (4) cuando sea necesario para la administración de justicia.
- ◆ **Tratamiento Asignado por la Corte.** En aquellos casos donde a una persona se le haya ordenado obtener un tratamiento del DPH por parte de una corte criminal, se le pedirá al individuo a que apruebe compartir la información con la corte. Si la persona luego se niega a aprobar eso, se debe informar a la corte del rechazo subsiguiente por parte de ese individuo.
- ◆ **Departamento de Justicia.** El DPH puede revelar información limitada al Departamento de Justicia de California para fines de identificación y movimiento acerca de ciertos pacientes criminales, o con respecto a personas que no pueden comprar, poseer, o controlar un arma de fuego o un arma mortal.
- ◆ **Equipos de Personal Multidisciplinario.** El DPH puede divulgar información de salud a un equipo de personal multidisciplinario pertinente a la prevención, identificación, manejo, o tratamiento de un niño maltratado, a los padres del niño, o a un anciano maltratado o adulto dependiente.

#### **OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN DE SALUD.**

Otros usos y entregas de la información de salud que no estén cubiertos por este Aviso o las leyes que apliquen, se harán solamente con su permiso por escrito. Si usted provee el permiso al DPH para que use o comparta su información de salud, usted puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, el DPH no usará o compartirá más su información de salud por las razones que usted dio a conocer en su autorización por escrito. Debe también comprender que el DPH es incapaz de recuperar cualquier información que haya compartido con su permiso, y que las leyes de California requieren que el DPH retenga los archivos acerca del cuidado que se le haya provisto a usted.

**SI USTED CREE QUE SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD HAN SIDO VIOLADOS** mientras estuvo recibiendo los servicios del DPH, puede presentar una queja con el DPH o con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Todas las quejas se deben hacer por escrito. Por favor, vea al final de este Aviso para las direcciones actuales y los números telefónicos del Oficial de Privacidad del DPH y la Secretaría. Usted no será penalizado de ninguna manera por presentar una queja.

#### **CAMBIOS A ESTE AVISO**

El DPH se reserva los derechos de cambiar este Aviso y de hacer efectivo el Aviso revisado o modificado para la información de la salud ya anotada acerca de usted, y también cualquier información en el futuro. Una copia del Aviso actual será colocada en las instalaciones del DPH. El aviso tendrá la fecha de efectividad en la primera página, en la parte superior derecha.

**ACTUAR SOBRE SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD DE HIPAA:** Para tomar una decisión sobre sus derechos de privacidad de HIPAA, por favor vaya al lugar de DPH donde se le dio atención y pregunte por un técnico de registros médicos u otro personal administrativo asignado al mantenimiento de los registros médicos del lugar. Las direcciones las puede encontrar en la parte de abajo para la mayoría de los lugares de DPH.

**Centro Médico del Hospital General de San Francisco**

Servicios de Información de Salud, Main Bldg. Cuarto. 2B1  
1001 Potrero Avenue  
San Francisco, CA 94110  
(415) 206-4432

**Hospital y Centro de Rehabilitación de Laguna Honda**

Servicios de Información de Salud, Cuarto B300  
375 Laguna Honda Blvd.  
San Francisco, CA 94116  
(415) 759-3355

**Centros de Salud del Vecindario**

Centro de Salud para Adolescentes Balboa  
1000 Cayuga Avenue  
San Francisco, CA 94112  
(415) 469-4512

Centro de Salud Castro-Mission  
3850 17th St.  
San Francisco, CA 94114  
(415) 934-7700

Centro de Salud Pública Chinatown  
1490 Mason St.  
San Francisco, CA 94133  
(415) 364-7600

Clínica para Jóvenes Larkin Street  
1138 Sutter St.  
San Francisco, CA 94109  
(415) 673-0911 (ext. 259)

Centro de Salud Maxine Hall  
1301 Pierce St.  
San Francisco, CA 94115  
(415) 292-1300

Servicios para Personas Mayores Curry  
333 Turk St.  
San Francisco, CA 94102  
(415) 885-2274

Centro de Salud Ocean Park  
1351 - 24th Avenue  
San Francisco, CA 94122  
(415) 682-1900

Centro de Salud Potrero Hill  
1050 Wisconsin St.  
San Francisco, CA 94107  
(415) 648-3022

Centro de Salud Familiar Silver Avenue  
1525 Silver Avenue  
San Francisco, CA 94134  
(415) 657-1700

Centro de Salud Southeast  
2401 Keith St.  
San Francisco, CA 94124  
(415) 671-7000

Clínica de Salud Urbana Tom Waddell  
230 Golden Gate Avenue  
San Francisco, CA 94102  
(415) 355-7400

Cole Street Youth Clinic  
555 Cole St.  
San Francisco, CA 94117  
(415) 751-8181

**Salud en Casa**

45 Onandaga St.  
San Francisco, CA 94112  
(415) 452-2100

**Servicios de Salud Mental de la Comunidad**

Contacte a su Proveedor del Programa  
o a la Gerencia de Información de Salud  
1380 Howard St., 4th Floor  
San Francisco, CA 94103

**Clínica de la Ciudad**

**(Clínica de Enfermedades de Transmisión Sexual)**  
356 - 7th St.  
San Francisco, CA 94103  
(415) 487-5500

**Servicios de Salud de la Cárcel para la Salud Materna, niños y Adolescentes**

30 Van Ness Avenue  
San Francisco, CA 94103  
(800) 399-9950

Servicio de Información de Salud  
650 - 5th St., Suite 309  
San Francisco, CA 94103  
(415) 995-1700

**Oficial de Privacidad de DPH**

1001 Potrero Avenue  
San Francisco, CA 94110  
(415) 206-2354

**Administración de DPH, Epidemiología  
Laboratorio de Salud Pública, Vivienda y**

Salud Urbana, etc. o consultas de privacidad  
para 101 Grove St., por favor  
Contacte al Oficial de Privacidad de DPH

**Secretaría del Departamento de Salud  
y Servicios Humanos de los Estados Unidos**

Oficina de los Derechos Civiles  
A la atención de: Director Regional (Regional Manager)  
90 - 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103