

COMMUNITY FAMILY GUIDANCE CENTER

NOTIFICACION DEL REGLAMENTO INTERNO DE PRIVACIDAD

I. ESTA NOTIFICACION DESCRIBE LAS FORMAS EN QUE SU INFORMACION DE SALUD ES PROTEGIDA, COMO PUEDE SER USADA O REVELADA Y/O COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE ESTE DOCUMENTO.

A. QUE HACE CFGC PARA PROTEGER SU INFORMACION?

Esta notificación describe reglas internas de privacidad de Community Family Guidance Center (CFGC) y de sus empleados clínicos, de oficina /administrativos, y otros. Esto se aplica a los servicios que usted recibe en el 10929 South St, Suite 208B, Cerritos y 8320 Iowa St, Downey, CA 90241, lo mismo que en los lugares fuera de nuestras instalaciones adonde desarrollamos varios de nuestros programas.

II. NUESTRAS OBLIGACIONES COMO AGENCIA DE SALUD MENTAL

A. Nosotros tenemos un mandato legal de salvaguardar su información de salud protegida (“PHI”).

Nosotros entendemos que la información de su salud mental es personal. Nosotros tenemos el compromiso y el requerimiento legal de mantener la privacidad de su información protegida, y de proveerle en esta notificación la información de nuestras obligaciones legales, y el reglamento interno de nuestra agencia en relación a su información de salud protegida. El contenido de esta notificación se aplicara a toda la información, expedientes y archivos que resulten de los servicios y cuidados que usted reciba de esta agencia, incluidos los servicios que usted reciba de todo el personal de la agencia, internos, personal bajo entrenamiento y voluntarios. Esta notificación le informara sobre las diferentes formas en las cuales se podrá usar o revelar su información de salud con otras personas o entidades ajenas a nuestra agencia. Aquí también se describen sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos en relación al uso y revelación de su información de salud mental.

Nosotros estamos requeridos legalmente a cumplir con las disposiciones descritas en esta notificación. Sin embargo nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta notificación así como nuestras regulaciones internas en cualquier momento. Todo cambio se aplicara a la información de su salud protegida que

tengamos hasta ese momento. Al decidir efectuar algún cambio importante en nuestras regulaciones, inmediatamente se incorporara al texto original y se publicara en nuestras oficinas una copia de la nueva versión de esta notificación. Usted podrá solicitar una copia de la nueva notificación o podrá ver esta notificación en nuestras oficinas.

Si tiene alguna pregunta en relación a esta notificación, por favor contacte a su consejero, terapeuta, o la oficial del reglamento de privacidad, mencionada en la última página de este documento.

Nosotros estamos requeridos por ley a:

- * Estar seguros que su información de salud sea mantenida en privado (con algunas excepciones descritas en las paginas 2-7)
- * Informar a usted por medio de esta notificación nuestras obligaciones legales y nuestro reglamento interno en relación a la información de su salud.
- * Solo usar o revelar la información necesaria para cumplir con el propósito que origino la petición de esta información.
- * No venderemos su información, como su nombre, fecha de nacimiento a los proveedores (por ejemplo, farmacias), sin una autorización escrita por usted.
- * Para informarle si hay un incumplimiento de su información médica personal, y tenemos razones para creer que su información ha sido filtrado o divulgado inapropiadamente.
- * Para informarle su derecho de optar por recibir ninguna comunicación de recaudación de fondos de CFGC.

B. Quienes seguirán esta notificación.

Esta notificación describe las regulaciones internas de nuestra agencia y las de:

- * Cualquier profesional autorizado para proveer servicios de salud, que haga notas o maneje información de salud mental en su expediente.
- * Todos los departamentos y programas de esta agencia.
- * Qualquier miembro de un grupo de voluntarios que con permiso de nuestra agencia le provea algún servicio dentro de las instalaciones de la agencia.

* Todos los representantes o empleados de nuestra agencia, que estén involucrados en el tratamiento de su salud.

* Personas o entidades contratadas por nuestra agencia. Los anteriormente mencionados pueden usar o revelar información con el propósito de realizar actividades relacionadas al tratamiento, operaciones administrativas, o recolección de pagos, por nuestra parte.

III. COMO PODEMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACION DE SALUD

Las siguientes categorías describen diferentes formas para usar o revelar su información. En cada una de estas categorías, nosotros daremos una explicación y trataremos de ejemplificarlas. No todas las posibilidades de uso o revelación de información se pueden particularizar en una lista. Sin embargo todas las formas en las que nosotros podremos usar o revelar su información estarán contenidas en alguna de estas categorías.

A. Uso y revelación de información en relación a su tratamiento, pagos u operaciones administrativas no requiere su previo consentimiento por escrito.

1. Para el Tratamiento

Nosotros podremos usar la información de su salud para proveerle su tratamiento de salud mental u otros servicios. Nosotros podremos compartir su información de salud con psiquiatras, terapeutas, encargados del caso, terapeutas bajo entrenamiento, voluntarios o personal administrativo de la agencia que estén involucrados es sus servicios y cuidados. Por ejemplo, se puede discutir la información de su salud mental con el psiquiatra para facilitar una evaluación. Esta información le ayudara al psiquiatra a determinar si es o no necesario el medicamento en ese momento. Diferentes departamentos de la agencia también pueden compartir la información de su salud en manera de coordinar su tratamiento personal o familiar. Nosotros también podemos revelar con limitaciones su información de salud a otras personas ajenas a nuestra agencia quienes tienen relación con su tratamiento de salud mental, mientras y/o después de estar recibiendo servicios en nuestra agencia, como por ejemplo, a otro proveedor del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Angeles. En adición a lo anterior, nosotros podremos contactarlo para hacerle recordatorios de sus citas, proveerle información de tratamientos alternos u otros servicios y beneficios de salud que puedan ser de su interés.

2. Para Pagos

Nosotros podemos usar o revelar su información de salud para reclamar cobros por los servicios que usted recibe en nuestra agencia. Estos cobros pueden ser dirigidos a usted, una compañía de seguros o a una tercera parte involucrada. Por

ejemplo, nosotros podremos dar la información de su salud al Medi-Cal para obtener pagos por los servicios de salud mental que esta agencia le provee. Nosotros también podremos informar a su plan de cobertura de salud, sobre los tratamientos o medicamentos que usted recibirá, con el objeto de obtener una previa aprobación y determinar si el tratamiento o los medicamentos serán cubiertos por su plan. También podemos proporcionar su información médica, tales como: su nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de seguro social, historial de pagos y número de cuenta a nuestros socios comerciales. Nuestros socios de negocios pueden ser: empresas de facturación, las empresas de procesamiento de reclamaciones, y otros que pueden procesar los reclamos de atención de salud. Si usted paga por su tratamiento de su bolsillo en su totalidad, usted puede solicitar que su tratamiento sea restringida, para ser compartida con las agencias mencionadas.

3. Para Actividades Administrativas de la Agencia

Nosotros podemos usar y revelar información de su salud en orden de cumplir con las diferentes operaciones de nuestra agencia de consejería. Este uso y manejo de la información de su salud son necesarios para el buen funcionamiento de la agencia y para estar seguros que nuestros clientes reciban servicios y cuidados de calidad. Por ejemplo, nosotros podremos usar su información para revisar nuestros tratamientos y servicios y para evaluar el trabajo de nuestros trabajadores. Nosotros podremos también combinar información de clientes para determinar cuales servicios deberíamos ofrecer, cuales ya no son necesarios, y si nuevos programas son efectivos. Nosotros también podremos revelar información a psiquiatras, terapeutas, encargados de los casos, terapeutas bajo entrenamiento, trabajadores administrativo y otros trabajadores de la agencia para la revisión de casos y/o entrenamiento de los trabajadores, acreditación de la agencia para fines de acreditación y demás personal de la agencia para fines de revisión y aprendizaje. Nosotros también podremos combinar e intercambiar la información de salud que tenemos con la información de otras agencias para comparar como estamos haciendo nuestro trabajo y ver que mejoras podemos realizar en nuestros servicios. Finalmente, nosotros podemos dar su información protegida de salud a nuestros asociados de negocios que nos ayudan con tratamientos y cobros de pagos, y operaciones administrativas, incluyendo contadores, abogados, consultantes, y otros, con el objeto de asegurarnos de estar aplicando las leyes pertinentes en cada caso.

B. Otros Usos Específicos y Revelaciones de la Información De Su Salud Que No Requieren Su Consentimiento.

1. Cuando Es Un Requerimiento Legal

Nosotros vamos a otorgar su información de salud cuando esto sea requerido por una ley federal, estatal o del condado; por ejemplo cuando por ley se requiera que

reportemos información de víctimas de abuso, negligencia, y/o violencia doméstica a las distintas agencias del gobierno o agentes encargados de hacer cumplir la ley.

2. Para Prevenir Una Seria Amenaza a la Salud o Seguridad Personal

Nosotros vamos a usar o revelar su información de salud, cuando sea necesario para prevenir una seria amenaza a su salud o seguridad, y a la salud o seguridad personal de otras personas.

En todo caso cualquier información que se revele, será otorgada solo a personas entrenadas o preparadas para prevenir situaciones de amenaza o riesgos, por ejemplo el equipo móvil de atención psiquiátrica del condado de Los Angeles.

3. Riesgo en la Salud Pública

Nosotros podremos revelar su información de salud para actividades que aseguren la salud pública. Estas actividades generalmente están incluidas en las siguientes situaciones:

- * Para prevenir o controlar enfermedades, heridas, o discapacidades
- * Para reporte de muertes
- * Para reportar reacciones a medicamentos
- * Para notificar a personas que pueden haber sido expuestas a enfermedades o puedan haber estado en riesgo de contraer o transmitir una enfermedad o condición.
- * Para notificar a la autoridad apropiada del gobierno si nosotros creemos que un cliente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Nosotros vamos a revelar su información solo cuando usted este de acuerdo, o cuando sea requerido o autorizado por la ley.

4. Supervisión de Actividades Organizadas del Cuidado de la Salud

Nosotros podremos otorgar información de salud mental a una agencia autorizada por la ley que realice actividades de supervisión de programas de salud. Estas actividades de supervisión pueden incluir, auditorías, investigaciones, inspecciones y actividades para otorgar licencias a la clínica. Podría incluir, por ejemplo, auditorías del Departamento de Salud Mental. Esta actividad es necesaria para que las agencias de supervisión de programas vigilen el sistema del cuidado de la salud, y controlen aquellos programas contratados por el gobierno, y su apego a las leyes que garanticen los derechos civiles.

5. Demandas Legales y Disputas

Si usted está envuelto en una demanda o disputa legal, nosotros podremos otorgar su información de salud mental en respuesta a la solicitud de una corte o una

orden administrativa. Nosotros también podremos otorgar información de su salud mental en respuesta a una “subpoena” (requerimiento legal de información del cuidado o tratamiento), u otro proceso legal de otra persona que se encuentre legalmente envuelta en la disputa, pero esta información solo se podrá otorgar si la agencia ha efectuado los esfuerzos necesarios para comunicarse con usted (lo cual incluye un aviso por escrito) o haber obtenido una orden de protección de la información requerida.

6. Investigación

Bajo ciertas circunstancias, nosotros podremos usar y revelar su información de salud mental para propósitos de investigación, sin su autorización, si seguimos ciertos requisitos especiales de la ley federal y estatal. En cualquier otra situación, nosotros siempre vamos a hacer nuestro mayor esfuerzo para obtener su permiso específico, en aquellos casos en los cuales el investigador tenga acceso a su nombre, dirección u otra información que revele su identidad personal y/o se involucre en los servicios o cuidados que usted recibe en esta agencia.

7. Compensación a Trabajadores

Nosotros podremos otorgar información de su salud mental, para cumplir con procedimientos legales del Estado de California que están relacionados a la compensación de trabajadores u otros programas similares. Estos programas tienen por objeto proveer beneficios por enfermedades o daños relacionados con actividades laborales.

8. Agentes de la Ley

Nosotros podremos otorgar la información de su salud mental si esta es requerida por un oficial encargado del cumplimiento de la ley, en los siguientes casos.

- * En respuesta a una orden de la corte, a un requerimiento judicial de documentos relacionados a su tratamiento, una cita legal o un proceso similar.
- * Acerca de la víctima de un crimen bajo ciertas y limitadas circunstancias.
- * En circunstancias de emergencia, para reportar un crimen, el lugar del crimen, o la identificación de la víctima/s; y para descripción o localización de la persona que cometió el crimen.

9. Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia

Nosotros podremos otorgar información de su salud mental a oficiales federales autorizados, para realizar actividades de inteligencia, contrainteligencia, y alguna

otra actividad de seguridad nacional autorizada por la ley. Además, nosotros podemos otorgar información de su salud mental, a oficiales federales autorizados para que ellos puedan proveerle protección al Presidente de los Estados Unidos, y a otros líderes de estados extranjeros o para conducir investigaciones especiales.

10. Militares y Veteranos

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, nosotros podremos otorgar información de su salud mental si esta es requerida por comandos o autoridades militares. De la misma manera podremos otorgar información de la salud mental de personal militar extranjero a las autoridades militares de su país de origen.

11. Personas Detenidas/Internas por Razones Clínicas o Legales

Si usted se encuentra detenido/interno o permanece por un corto periodo de tiempo en una institución correccional o bajo la custodia de un oficial del cumplimiento de la ley, nosotros podremos otorgar información de su salud a las entidades y personas mencionadas anteriormente. El otorgar esta información puede ser necesario (a) para que la institución le provea servicios de cuidado de su salud; (2) para proteger la salud y seguridad de su persona y de otros; o (3) para la seguridad de la entidad en la cual usted permanece detenido/interno.

12. Derechos de un Fallecido

Nosotros podremos otorgar su información protegida al personal que realiza la preparación en un centro funerario y/o exámenes medico-forenses autorizados por la ley.

13. Donación de Órganos y Tejidos

Si usted es un donante de órganos, podemos usar o divulgar información médica a organizaciones que se encargan de órganos u otros programas que gestionan la donación de destinatario, la banca o el transporte de órganos, ojos o tejidos para facilitar órganos, ojos o tejido de la donación y el transporte.

14. Datos incumplimiento efectos de notificaciones

Podemos usar o divulgar su información protegida de salud para proporcionar anuncios que sean legalmente requeridos de acceso no autorizado o la divulgación de su información médica.

15. Socios comerciales

Podemos divulgar información de salud a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos proporciona servicios si la

información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos usar otra empresa para realizar los servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros socios están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar cualquier información que no sea como se especifica en el contrato.

C. Actividades de recaudación de fondos

Si utilizamos sus datos, como nombre, dirección y fecha de nacimiento para cualquier actividad de recaudación de fondos, tendremos que recibir una autorización por escrito para que lo hagamos. Durante la recaudación de fondos, podemos divulgar a nuestro personal de recaudación de fondos información demográfica sobre usted (por ejemplo, su nombre, dirección y teléfono) y las fechas en que se proporcionó atención médica a usted. Por ejemplo, podemos comunicarnos con usted para preguntarle si usted desea reunirse con el personal de la agencia y de terceros y compartir los beneficios que recibió de los programas Community Family Guidance Center. También podemos utilizar los datos de medida de resultado (sin incluir su identificación personal) con el fin de demostrar la eficacia de los servicios que proveerse. Por ejemplo, podemos comunicarnos con usted para preguntarle si desea reunirse con personal de la agencia y de terceros y compartir los beneficios que recibió de los programas CFGC. Usted tiene el derecho a negarse a que su información sea utilizada en alguna de nuestras actividades de recaudación de fondos. Si usted también no desea recibir solicitudes de recaudación de fondos, por favor póngase en contacto con nuestra Oficial de Privacidad, Gwendolyn Lo, al (562) 924-5526.

D. Ciertos usos y manejo de su información de salud en los cuales usted tiene el derecho de hacer objeciones.

1. Revelar información a familiares, amigos u otros.

Nosotros podremos otorgar cierta información de su salud a su familia u otra persona designada (“Designado”), si le pedimos anteriormente y le avisamos de su derecho a que no se otorgue tal información. Si usted lo objeta, ninguna información puede ser otorgada. Si usted da su consentimiento, nosotros podremos informar a su familia o designado, de su admisión, cierre de caso, transferencia, enfermedades serias, o daños personales. Además nosotros podremos informarle a su familia o al designado, de su diagnóstico, pronóstico, prescripción médica y efectos colaterales (si los hay), su progreso o su muerte. Nosotros solo otorgaremos aquella información que creamos que es directamente relevante para que su familia o el designado, realicen actividades relacionadas con el cuidado de su salud o el pago por su tratamiento. Si usted está incapacitado o de alguna manera inhabilitado para elegir o dar su consentimiento u objeción para el otorgamiento de su información, nosotros nos limitaremos a informarle a su designado que usted recibe servicios en nuestra agencia. Sin

embargo cuando usted este recibiendo servicios por abuso de alcohol o drogas, la ley federal prohíbe cualquier otorgamiento de este tipo de información, sin su consentimiento específico.

Para menores entre las edades de 12-18 años, ellos tienen el derecho de solicitar que cierta información no sea otorgada a sus padres o representantes legales. Deben discutir esos derechos con su terapeuta.

E. OTROS USOS Y REVELACIONES DE INFORMACION, QUE REQUIEREN SU PREVIA AUTORIZACION.

AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Otros usos y revelaciones de información de salud que no están cubiertos por esta notificación, solo podrán otorgarse si usted lo autoriza por escrito. Por ejemplo nosotros vamos a poder hablar con el maestro/a de su hijo/a, solo si tenemos su autorización. Además, leyes federales y estatales requieren especial protección de privacidad para cierta información confidencial de su salud (Ej. resultados de exámenes IVH /SIDA). En orden de que nosotros podamos revelar su información de máxima confidencialidad para un propósito distinto al que permite la ley, nosotros debemos obtener su autorización por escrito.

Si usted nos da su autorización por escrito para usar o revelar la información de su salud, usted puede revocar también por escrito su autorización, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, esto detendrá cualquier uso o revelación posterior, atendiendo a los propósitos cubiertos en su autorización escrita, excepto si al momento de usar o revelar dicha información, nosotros teníamos su autorización. Usted debe entender que no es posible que cancelemos revelaciones que se hicieron en el pasado cuando contábamos con su permiso. Finalmente, nosotros estamos requeridos a conservar nuestros propios archivos de los servicios de salud que usted recibió en esta agencia.

IV. SUS DERECHOS EN RELACION A LA INFORMACION DE SU SALUD

Usted tiene los siguientes derechos en relación a la información que nosotros mantenemos de su salud:

A. Derecho a pedir que se establezcan límites en el uso y la revelación de su información de salud protegida.

Usted tiene derecho a pedir que se restrinja o se limite la información de su salud que nosotros revelemos. Por ejemplo usted tiene el derecho de limitar la información que otorgamos a alguien que este relacionado con su cuidado, o pago de tratamiento de su salud, como un miembro de su familia, y también en el uso interno que nuestra agencia haga de su información de salud protegida.

Usted no puede limitar el uso y la revelación que nosotros hagamos de su información, cuando es requerido por ley. Al solicitar restricciones, la solicitud tiene que ser por escrito y debe estar dirigida a su consejero/a o al personal clínico que le está atendiendo. En su solicitud usted tiene que informarnos (1) cual es la información que quiere limitar; (2) si quiere modificar el límite de nuestro uso o la revelación de su información personal y (3) a quien/es quiere usted que se apliquen estos límites, por ejemplo, otorgamiento de información a su esposo/a. Mientras vamos a considerar sus peticiones para hacer alguna restricción, no estamos requeridos a aceptar todas las peticiones. Nosotros le enviaremos por escrito nuestra decisión al respecto.

B. Usted tiene derecho a decidir cual es la mejor manera de entregarle información de salud.

Usted tiene el derecho a pedir que nosotros nos comuniquemos o que le enviemos la información relacionada a su salud, por una determinada vía o a una dirección específica. Por ejemplo, usted puede solicitarnos que solo nos contactemos con usted por correo o en su lugar de trabajo. Usted tiene que hacer su petición por escrito y dirigirla a su consejero o al personal clínico de nuestra agencia que lo atiende. Nosotros no le pediremos explicaciones o razones del porque de su petición y vamos a acomodar todo pedido razonable. En su petición tiene que especificar de que forma o en que lugar lo podemos contactar.

C. Derecho a revisar y obtener copias de su información de salud.

Usted tiene el derecho de revisar y copiar la información de su salud que pueda ser usada para tomar decisiones acerca de su tratamiento. Esto incluye facturas médicas, pero no incluye las notas de psicoterapia. Si nosotros no tenemos su información de salud pero conocemos quien la tiene, nosotros le informaremos como puede obtener esa información. Para revisar y copiar información de su salud, usted debe de hacer su petición, completando una forma que nuestra agencia ha elaborado para tal fin, y deberá entregársela a su consejero o al consejero/terapeuta de su hijo/a. Si usted solicita una copia de su información, nosotros le cobraremos una cantidad de dinero por las copias, incluyendo el costo de correo u otros gastos relacionados a su petición. Todo lo anterior se maneja dentro de los límites de la ley. Nosotros vamos a facilitar que usted revise sus archivos entre los 5 días laborales posteriores al recibo de su petición. En el caso de tener que enviarle copias de su información, lo haremos dentro de los 15 días laborales subsiguientes al recibo de su petición. Nosotros podremos negarle su derecho a revisar o copiar sus expedientes en ciertas circunstancias muy limitadas, pero en todo caso usted recibirá por escrito explicaciones de esta negativa. Si usted solicita que esa negación sea revisada, un director de programa que es un profesional con licencia en el cuidado de salud, será quien revise esta negación. El director de programa que revisara la negación será una persona distinta de aquella que le negó la información en la primera oportunidad. Usted recibirá los

resultados de esta revisión, por escrito y en un término de tiempo razonable, y cumpliremos con la nueva decisión.

Es necesario que tome nota, que si usted es el padre/madre o representante legal de un menor, cierta parte de los archivos médicos del menor no estarán accesibles para usted. (Por ejemplo, aquella información de servicios de cuidado de salud, en los cuales la ley conceda al menor el derecho a otorgar o no su consentimiento para que se pueda revelar información de sus archivos); o cuando el proveedor de cuidados de salud determina de buena fe, que otorgarle información al padre/madre o representante legal del menor, va a afectar en forma negativa su relación profesional con el menor o va a poner en riesgo la seguridad física y/o psicológica de su cliente.

D. Derecho a una copia electrónica de registros médicos electrónicos

Si su información de salud protegida se mantiene en un formato electrónico (conocido como un registro médico electrónico o una historia clínica electrónica), usted tiene el derecho de solicitar que se le dará una copia electrónica de su registro para usted o para transmitir a otra persona o entidad. Haremos todo lo posible para facilitar el acceso a su información médica protegida en la forma o formato que usted solicita, si es fácilmente producible en la forma o formato. Si la información de salud protegida no es fácilmente producible en la forma o formato que usted solicite, su registro se proporcionará tanto en el formato electrónico estándar o si no desea que este formulario o formato, una forma impresa legible. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo de la mano de obra asociados con la transmisión de la historia clínica electrónica.

E. Derecho a un recuento de la información otorgada

Usted tiene derecho a obtener un recuento detallado de la información de su salud que se ha otorgado, o revelado. Esto es una lista, en la cual se recuentan particulares o entidades a los cuales nuestra agencia o nuestros asociados les han otorgado su información de salud privada. Esta lista no incluirá un recuento de información usada o revelada para su tratamiento, el pago por sus servicios, o las operaciones administrativas de la agencia, u otras excepciones al recuento permitido por la ley. Para solicitar un recuento de información otorgada usted tiene que hacerlo por escrito y entregar esta petición al personal de nuestra agencia quienes a su vez se lo harán llegar al director del programa y/o al oficial de reglamentos internos de CFGC. Su petición debe especificar el periodo de tiempo de la información solicitada, que no puede ser mayor de ocho años antes de la fecha de solicitud, y no podrá incluir fechas antes del 14 de Abril del 2003. La primera lista que usted solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratis. Se le podrá cobrar por peticiones de listas adicionales. Nosotros le notificaremos con anterioridad la cantidad de dinero que usted tiene que pagar por la lista requerida, y usted tendrá la oportunidad de retirar o modificar su petición.

F. Derecho de enmendar su información de salud

Si usted siente que la información de su salud es incorrecta o incompleta usted puede solicitar que se enmiende esta información. Usted puede solicitar la enmienda de cualquier información mientras la agencia mantenga sus archivos.

Para solicitar una enmienda, usted debe completar por escrito una forma que la agencia ha creado para tal fin, y entregársela a su consejero/terapeuta. Usted tiene que dar explicaciones o razones que motiven su petición de enmienda. Nosotros podremos negarle su petición si la información que usted quiere enmendar cae en las siguientes situaciones:

- * Si la información no fue creada por la agencia, al menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer el cambio;
- * Si no es parte de la información de su salud que la agencia tiene o guarda en su archivo.
- * Si no es parte de aquella información que usted está autorizado/a a revisar o copiar; o
- * Si la información que tenemos es adecuada y completa.

Nosotros le daremos una respuesta a su solicitud de enmienda dentro de los 60 días posteriores a la solicitud. Si no podemos responder en 60 días, nosotros le notificaremos que necesitamos 30 días de extensión. Incluso si nosotros le negamos su petición de enmienda, usted tiene el derecho de hacer una adición a su archivo que no exceda de 250 palabras en el texto. Dicha enmienda tendrá relación a cualquier punto o tema que usted crea que es incorrecto o incompleto en la información de su expediente. Si usted indica claramente por escrito que desea que esta adición sea parte de sus archivos médicos, nosotros lo incluiremos en su expediente, de tal manera que siempre que entreguemos información acerca del punto que usted cree que está incompleto o incorrecto su nota de adición será parte de la información que otorgamos.

G. Derecho a tener una copia de esta notificación

Usted tiene derecho de tener una copia escrita de esta notificación. Usted debe tener una copia de esta notificación desde el primer contacto personal que usted tenga con alguien del personal de nuestra agencia. Usted puede solicitarle a su consejero/terapeuta una copia de esta notificación en cualquier momento. Usted también puede obtener una copia de esta notificación en nuestra área de la recepción de las clínicas.

H. Fuera los pagos directos

Si paga de su bolsillo (o en otras palabras, haya solicitado que no se le envíe factura a su plan de salud) en su totalidad para un artículo o servicio, usted tiene el derecho a solicitar que su información de salud este protegida con respecto a ese tema o servicio no será revelada a un plan de salud con fines de pago de cuidado de salud, y vamos a honrar esa petición.

I Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos con usted por correo electrónico o en el trabajo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su petición, por escrito, de su terapeuta. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Cumpliremos con las solicitudes razonables.

V. CAMBIOS EN ESTA NOTIFICACION

Nosotros nos reservamos el derecho de hacer cambios en esta notificación. Nos reservamos también el derecho de hacer revisiones y hacerlas efectivas para la información de su salud, que al momento tengamos en nuestros archivos, y para cualquier información que recibamos en el futuro. Nosotros publicaremos copias de la actual notificación en todas las instalaciones de nuestras clínicas. La fecha en que se hace efectiva esta notificación aparecerá en la primera página de este documento. Cuando usted sea admitido en nuestra agencia como cliente se le entregara una copia de la notificación que este en vigencia.

VI. QUEJAS/RECLAMOS EN RELACION A NUESTRO REGLAMENTO DE PRIVACIDAD

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede quejarse con nuestro oficial del reglamento de privacidad de CFGC, Gwendolyn Lo, al 10929 South Street, Suite 208B, Cerritos CA 90703, teléfono (562) 924-5526. Todos los reclamos o quejas tienen que ser por escrito. Usted también puede enviar sus quejas por escrito a:

- 1) El Departamento De Salud Mental del Condado de Los Angeles.
- 2) La Secretaria de El Departamento de Salud y Servicios Humanos.

CFGC le dará la información necesaria para que usted contacte a las entidades arriba mencionadas cuando usted lo considere necesario, sin que eso sea motivo de ninguna forma de señalización.