



Aviso de Prácticas Privadas y Políticas de South Bay Community Services

Este aviso describe cómo la información acerca de su salud puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a ésta información. Por favor revise éste aviso cuidadosamente.

Introducción:

Bienvenidos a South Bay Community Services (SBCS), una organización no lucrativa que ofrece servicios y recursos para niños, jóvenes y familias de la región, que sirven para reforzar el papel de la familia en nuestra comunidad y asistir a individuales para que aspiren a llevar vidas de auto realización. Durante su participación en nuestro programa, esperamos que las familias y/o individuos vengan a nosotros con sus preguntas con respecto al cumplimiento de las reglas, problemas con personas de autoridad, el no poder llevarse bien con otros, tristeza, ansiedad, violencia y/o lugares en donde se usen drogas o exista dependencia a las drogas. SBCS se asegurará de proporcionarle servicios en cualquier situación.

En South Bay Community Services (SBCS) estamos comprometidos a tratar con, y utilizar información protegida (PHI) acerca de usted responsablemente. Este Aviso de Prácticas Privadas y Políticas describe la información personal que recopilamos, y cómo y cuando la utilizamos o la revelamos. También describe sus derechos concerniente a su información privada de su salud. **Este Aviso entra en efecto el 14 de Abril de 2003**, y se aplicará a toda la información privada como se describe en la reglas federales.

Entendiendo el Expediente de su Cliente/Información de Salud

Cada vez que usted visita SBCS se agrega una visita a su expediente. Por lo regular él expediente contiene su situación, diagnóstico, tratamiento, y el plan para el tratamiento futuro. A ésta información, casi siempre se le refiere como el expediente de su caso, y sirve cómo:

- Base para planear su cuidado y tratamiento,
- Una manera de comunicarse entre los profesionistas de salud los cuales contribuyen a su cuidado,
- Un documento legal el cual describe el cuidado que usted recibe,
- Una manera por la cual usted u otras terceras personas pueden verificar que los servicios facturados fueron los que actualmente se proporcionaron,
- Un instrumento para educar a los profesionistas de salud,
- Una fuente de información para investigar, auditoría y evaluar contratos,
- Un instrumento con el cual podemos asesorar y continuar trabajando para mejorar el cuidado que proporcionamos y los fines que logramos.

Entendiendo lo que hay en su expediente, cómo se utiliza la información de su salud y como le ayuda a usted a: asegurarse de su exactitud, entender mejor quién, qué, cuando, donde, y porqué otros pueden acceder su información de salud, y así poder hacer mejores decisiones cuando autorize dar información a otras personas.

Las responsabilidades de SBCS para proteger información de Salud

Se requiere que SBCS haga lo siguiente:

- Mantener la privacidad de su información de salud,
- Proporcionarle a usted éste aviso, cuando usted lo pida, con respecto a nuestros deberes legales, prácticas privadas y políticas con respecto a información que recopilamos y mantenemos acerca de usted,
- Cumplimos con los términos de éste aviso en efecto,
- Le notificamos si no estamos de acuerdo con una restricción solicitada, y
- Acomodamos peticiones razonables que usted pueda tener para comunicar información de su salud con alternativas o con localidades alternativas.

SBCS reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas privadas y a hacer cambios que afecten la información de salud que conservamos. Si cambiamos nuestro Aviso, usted puede obtener una copia de la revisión visitando nuestro website que es www.southbaycommunityservices.org o de solicitar una copia a su Asociado.

Los Usos y Revelaciones de Información Privada de Salud:

No utilizaremos o revelaremos información de salud sin su autorización, excepto como se describe en éste aviso. No continuaremos utilizando y revelando información de salud si recibimos una revocación por escrito de dicha autorización de acuerdo con los procedimientos detallados en la autorización.

Confidencialidad

Iniciales Comunicación entre usted y su Asociado se mantendrá en estricta confidencia por ésta agencia con la excepción de las siguientes situaciones::

Ejemplos:

- Donde se requiera reportar dicha información por la ley, como: Daño a sí mismo o a otros; ideas de suicidio; sospecha de cualquier clase de abuso, descuido o violencia doméstica; para usos de enforzar la ley; al recibir una orden del tribunal administrativo; o por pedido de las autoridades de salud pública, incluyendo pero no limitado a reportes de enfermedad, golpes, eventos vitales como nacimientos o muertes.
- Cuando SBCS tenga que revelar información como defensa contra cualquier procedimiento judicial o administrativo provocados por usted.
- Cuando se requiera revelar información debido a emergencias, se harán por medio del personal de SBCS, como sigue: revelaciones para informar a empleados de SBCS acerca de su condición y localidad dentro de nuestros servicios; o revelaciones de información pertinente a miembros de la familia, otros parientes, o cualquier otra persona identificada por usted de estar involucrado directamente de su cuidado o de ser responsable del pago de su cuidado.
- Excepto como lo limite la ley, cuando sea necesario hacer revelaciones para proporcionar tratamiento, pagos, o intervenciones de cuidado de salud por SBCS.
- Su información puede también ser revelada a terceras partes pagadoras para facilitar los pagos por los servicios proporcionados a usted.
- Los patrocinadores de SBCS's, ARJIS, MIS/IT, ServicePoint o sus designados pueden revisar el expediente del cliente.

Cualquier otra información confidencial, aparte de la que se refiere arriba, se revelará **únicamente** con su específica autorización por escrito. Usted puede revocar su autorización cuando usted quiera, mientras que se haga por escrito.

Autorización para revelación entre-programas de información confidencial

Iniciales SBCS proporciona una gran variedad de servicios los cuales son dirigidos por varios programas en la agencia. Para poder servir sus necesidades por completo a usted y/o sus hijos, será necesario que los empleados de SBCS compartan información confidencial que usted proporcionó o que se haya obtenido por otros medios, *Por Ejemplo:*

- Comunicaciones Confidenciales
- Récorde de Salud,

con otros empleados de SBCS. Toda ésta información confidencial será mantenida en estricta confidencia por SBCS, con la excepción de aquellas situaciones donde el reportar o revelar la información sea requerido por la ley. Excepto cómo se requiera por la ley, dicha información confidencial será revelada a terceras partes únicamente con su autorización telefónica o por escrito. Su firma abajo autoriza a los empleados de SBCS a revelar dicha información confidencial que se refiera a usted y/o sus hijos con otros empleados de SBCS sin notificarle u obtener otra autorización suya. Cuando usted lo desee tiene derecho a recibir una copia de éste documento.

- Yo, _____ (nombre del cliente/padres/guardian) autorizo a los empleados y Asociados de SBCS a revelar, y obtener información acerca de mi persona y/o de

_____ (nombre del niño/a, si aplica), **incluyendo comunicaciones confidenciales y récorde de salud**, a otros empleados y Asociados de SBCS, sin aviso ni más autorizaciones. A menos que se indique en ésta forma, ésta autorización incluye cualquier información o récorde obtenidos por SBCS en el curso de proporcionarme servicios y/o a mis hijos, incluyendo sin limitación, información o récorde concerniendo evaluaciones, historial médico o tratamientos, asuntos escolares, reportes de comportamiento, asuntos legales y criminales, y consultas de casos. La información confidencial concerniente a mí y/o mis hijos, incluyendo records de salud, pueden utilizarse en conexión a cualquier programa o servicio proporcionado por SBCS a mí y/o a mis hijos y por ningún otro motivo. **Yo reconozco que se me ha notificado de mis derechos de recibir una copia de ésta autorización**

Esta autorización es efectiva inmediatamente y será válida por el período de un año de la fecha especificada después de mi firma abajo, o hasta que mi hijo termine y complete todos los programas o servicios proporcionados por SBCS. Yo entiendo que puedo revocar ésta autorización cuando yo quiera proporcionándole a SBCS una petición por escrito, excepto, no puedo revocar ésta autorización si SBCS haya ya tomado acción previa dependiendo de ésta autorización.

Firma: _____ Fecha: _____
(cliente/padres/conservador/guardian)

Si ésta autorización es firmada por una persona en representación del individuo (padres/conservador/guardian), describa la autoridad del representante que va a actuar en nombre del individuo:

_____ Fundado en parte por el Condado de San Diego

Decreto de Abuso a Niños

Iniciales La Sección 11166 del Código Penal requiere que cualquier profesional que és responsable de niños y observa o tiene conocimiento o tiene sospecha razonable que existe abuso a niños o descuido a niños es mandado legalmente a reportar dichas sospechas de abuso o descuido a niños. La línea telefónica rápida para reportar abuso a niños debe de ser notificada lo mas pronto posible y debe hacerse un reporte por escrito del incidente y enviarse dentro de treinta y seis (36) horas. La Sección Penal de California también requiere que una persona que no reporta el abuso a niños es culpable de una falta y es castigada con encarcelamiento en la Carcel del Condado por un término de tiempo que no exceda seis (6) meses o por medio de una multa de no más de mil dolares (\$1,000) o ambos.

Ley que protege a los Adultos Ancianos Dependientes contra Abuso

Iniciales La Sección 15630-15632 del Código de Welfare and Institutions requiere que cualquier persona que asume responsabilidad completa o semi-completa por un anciano o adulto dependiente, ya sea que dicha persona reciba o no reciba compensación, incluyendo administradores, supervisores, y cualquier empleado con licencia de una entidad pública o privada que proporciona cuidado o servicios a ancianos o adultos dependientes, o cualquier persona encargada de cuidar y atender a ancianos o adultos dependientes, practicantes de salud, miembros del clero, o empleados de una agencia de servicios de protección para adultos o una agencia que enfuerza leyes locales tiene la obligación de reportar abuso o sospecha de abuso del cual tengan conocimiento. Los reportes de abuso deben hacerse via teléfono a la línea Emergente de Adult Protective Services (APS) lo más pronto posible o a las (24) horas a la línea 1-800-510-2020 y el reporte por escrito acerca del abuso debe de presentarse a los (2) días de haber sucedido. El Código Penal de California 368 indica que una persona que no reporta Abuso a Ancianos y Adultos dependientes en castigado con no más de (6) meses en la carcel del condado, o con una multa de no más de \$1,000, o ambos, encarcelamiento y multa. Cualquier persona autorizada a reportar, que no reporta el abuso a ancianos o adultos dependientes, y en donde el abuso resulta en muerte o gran daño físico, puede ser castigado hasta con (1) año en la carcel del Condado, o con una multa de \$5,000, o ambos, encarcelamiento y multa.

Política de No Fumar

Iniciales Fumar es prohibido en todas las oficinas de South Bay Community Services.

Sus Derechos de Privacidad

A pesar de que su expediente es propiedad física de SBCS, la información que contiene le pertenece a usted. Tiene el derecho de:

- Solicitar restricciones para ciertos usos y revelaciones de dicha información,
 - SBCS cumplirá con dichas peticiones dentro de lo razonable, pero no siempre estará de acuerdo con dichas restricciones,
- Recibir reportes confidenciales acerca de su salud por medios alternativos o localidades alternativas,
- Inspeccionar y copiar la información sobre su salud (PHI), *
- Solicitar una modificación a dicha información de salud,
- Recibir un reporte de revelaciones no rutinarias de la información de su salud,
- Recibir una copia en papel o electrónica de éste *Aviso de Prácticas Privadas y Políticas* cuando la solicite,
- Revocar su autorización para utilizar o revelar información de su salud excepto al extento que la acción ya se haya tomado.

Bajo la ley Federal, reservamos el derecho de limitar su acceso para que usted no pueda inspeccionar o copiar los récords siguientes: información recopilada en anticipación razonable de, o para uso en, una acción o procedimiento civil, criminal, o administrativo; información recibida de personas bajo una promesa de confidencialidad; información por la cual un

- * profesionalista autorizado en el cuidado de la salud ha determinado que revelarla pondría en peligro su vida, su seguridad física o las de otras personas, o causarle a usted u otras personas daños substanciales; y otros tipos de información de salud protegidas por leyes que prohíben el acceso a dicha información. En algunas circunstancias, usted tiene el derecho de que ésta decisión sea revista. Por favor comuníquese con nuestro Agente de Privacidad si tiene preguntas acerca del acceso a sus récords de salud.

Queja y/o Información sobre Quejas

Quejas

Iniciales Si usted tiene una queja, puede llamar al Director del Departamento al número (619) 420-3620. por favor asegúrese de completar la forma de Quejas de los Clientes y presentarla al Director del Departamento. Una vez que el Director del Departamento haya recibido la queja, el/ella revisará e investigará la queja y llegará a una decisión en dos semanas. Si usted no está satisfecho con el resultado, puede solicitar que la Directora Ejecutiva, Kathryn Lembo, revise dicha decisión llamándole al número (619) 420-3620. La Directora Ejecutiva revisará su solicitud, hará una decisión y se comunicará con usted en un término de 30 días. Esta decisión será la final.

Para más Información o para Reportar un Problema

Si tiene preguntas y desea información adicional, o si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede llamar a la Directora del Proyecto HIPAA, Dina Chavez al número (619) 420-3620, o puede presentar una queja con la Oficina de Derechos Humanos, U.S. Department of Health and Human Services.

No habrán represalias por presentar dicha queja ya sea con la Directora del Proyecto HIPAA o con la Oficina de Derechos Humanos (OCR). La dirección de OCR es como sigue:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services 1
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Acuerdo de Participación

Iniciales

Yo, _____, voluntariamente elegí y/o doy permiso a _____ (el nombre del niño(s) a participar en los servicios ofrecidos por SBCS, y entiendo la información presentada arriba. Yo entiendo que puedo cuando yo lo desee terminar mi participación en dichos servicios y/o pedir un cambio de Asociado o Proveedor de Servicios.

Esperamos que su experiencia con South Bay Community Services sea valeosa y gratificante.