

EL CONDADO DE MENDOCINO SALUD Y LA AGENCIA DE SERVICIOS HUMANOS

Salud Conductual y Recuperación del Departamento de Servicios
Plan de Salud Mental



AVISO DE PRIVACIDAD DE MEDI-CAL

Brochure is available in English, please see the receptionist or call 1-800-555-5906.

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor, léalo con cuidado.

Plan de Salud Mental del Condado de Mendocino (MHP) ofrece asistencia gratuita de interpretación, lenguaje de Sígnos Americano y servicios de diffusion de California (TTY/TDD) para los beneficiaries que soliciten o acceso a los servicios.

Estos servicios pueden ser requeridos con cualquier proveedor del Plan de Salud Mental o llamando al 1-800-555-5906.

El condado de Mendocino HHSa, de salud del comportamiento y de Servicios de Recuperación (BHRS) ofrece muchos tipos de servicios. Con el fin de ofrecer nuestros servicios, debemos obtener información sobre usted. La información BHRS reúne sobre usted y su salud es privada y tienen la obligación de proteger esta información por la ley Federal y Estatal. **A esta información se le dice "Información Médica Protegida" o PHI.**

Este Aviso de prácticas de privacidad le dirá como BHRS puede usar o divulgar información acerca de usted. No se describirán todas las situaciones. BHRS requiere darle un aviso de nuestras prácticas de privacidad de la información que recopilamos y guardamos sobre usted. BHRS está obligada a seguir los términos del aviso actualmente en efecto.

HHSa, de salud del comportamiento y de los servicios de recuperación pueden usar y divulgar información médica acerca de usted. Las siguientes categorías describen las diferentes maneras que podemos usar y divulgar la información médica. Las siguientes categorías enumeradas para el uso o divulgación no tendrán un ejemplo de lo que queremos decir. No se enumerarán todos los usos o revelaciones en una categoría.

Sin embargo, todas las maneras en que se nos permite usar y divulgar caerá dentro de una de las categorías.

Para el tratamiento: Es posible que compartamos información sobre usted para crear y llevar a cabo un plan para su tratamiento. Por ejemplo, con los médicos, enfermeras y otro personal involucrado en el cuidado de usted. Tal como hospitales para pacientes internados o centros de enfermería especializada para la coordinación de la atención.

Para pago: Podemos usar o revelar información para obtener el pago o pagar por los servicios que recibe. Por ejemplo, proporcionar PHI para facturar a su plan de salud o de Estado de los servicios proporcionados a usted.

Recordatorios de citas: Podemos revelar información médica para comunicarnos con usted, para recordarle que tiene una cita para el servicio en uno de nuestros lugares a medida de la identificación única del proveedor con el que usted tiene una cita.

Requerido por la Ley: BHRS divulgará su PHI según requerido por autoridades federales, estatales o locales.

Para operaciones de atención médica: Podemos usar o revelar información sobre usted para operaciones de atención de la salud. Estos usos y divulgaciones son necesarios para administrar el departamento y asegurarse de que todos nuestros beneficiarios reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos revelar información médica acerca de usted durante ciertos controles de calidad que evalúan los tipos de servicios prestados y que se ofrecen para asegurar un tratamiento adecuado. También podemos revelar información médica acerca de usted para las necesidades de información estadística a las agencias estatales y federales.

Compensación a los Trabajadores: Podemos revelar información médica acerca de usted para la compensación del trabajador o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo ☒

Investigación: Bajo ciertas circunstancias, podemos usar o divulgar información médica acerca de usted para fines de investigación. Todos los

proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de información médica, tratando de equilibrar las necesidades de la investigación con los beneficiarios para la privacidad de sus obligaciones de información médica. Casi siempre le pediremos su permiso específico si el investigador tiene acceso a su nombre, dirección o otra información que revele quién es usted, o estará involucrado en su cuidado.

Actividades de supervisión de salud: Podemos revelar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de los derechos civiles.

Evitar una amenaza seria a la salud oa la seguridad: Podemos usar o revelar información médica acerca de usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona. Cualquier revelaciones se hacen en cumplimiento de la normativa vigente.

Riesgos para la Salud Pública: BHRS puede revelar información acerca de usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

- 1) Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- 2) Informar el abuso o descuido de niños, ancianos y adultos dependientes.
- 3) Para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos.

- 4) Para notificar a la gente acerca de revocaciones de productos que puedan estar usando.
- 5) Para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar la enfermedad.
- 6) Para notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente haremos esta revelación si usted está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley.

Demandas y Disputas: Nosotros podemos revelar información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa y en respuesta a una citación o descubrimiento solicitud en la medida permitida por la ley. Las solicitudes deben ser revisados en una ocurrencia de caso por caso.

Aplicación de la ley:

- * Podemos divulgar información médica si nos lo pide por agente de la ley.
- * En respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar.
- * Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
- * Acerca de la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona.
- * En circunstancias de emergencia para reportar un crimen, la ubicación del delito o de las víctimas: o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

Iniciar sesión Hoja: Podemos utilizar y revelar

información médica acerca de usted al pedirle que firme cuando llegue a los servicios. También podemos llamarlo por su nombre cuando estemos listo para verlo.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

El condado de Mendocino BHRS mantiene la información médica sobre el tratamiento y los servicios relacionados con su salud mental. Usted tiene los siguientes derechos sobre la información médica que mantene-
mos sobre usted:

Derecho a inspeccionar y copiar: Con ciertas limitaciones que tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica que pueda ser utilizada para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, esto incluye los registros médicos y de facturación, pero limita un poco de información de salud mental. Podemos negar su solicitud de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias. Si se le niega acceso a información médica, puede solicitar que la negación sea revisada. Su solicitud y la negación se remitirán al Director Médico del Mendocino Couty BHRS para re-
viso. Se seguirá la decisión del Director Médico. Para inspeccionar y copiar información médica que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre usted, debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad, del condado de Mendocino BHRS Deparment. Allí será responsable por página de información de copias.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de la ma-
teria médica de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedir

que sólo nos comuniquemos con usted en su trabajo o por correo electrónico.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su solicitud por escribiendo al Oficial de Privacidad, del condado de Mendocino Departamento BHRS. Los formularios están disponibles bajo petición. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

Derecho a solicitar restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o revelamos acerca de usted para tratamiento, pago o atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado, como un familiar o amigo. **No estamos obligados a aceptar su solicitud.** Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad, Condado de Mendocino BHRS. Los formularios están disponibles bajo petición. En su solicitud, usted debe decirnos:

- 1) qué información desea limitar;
- 2) si quiere limitar nuestro uso, divulgación o ambos, y
- 3) a quién desea que se apliquen los límites.

Derecho a una Contabilidad de Revelaciones: Usted tiene el derecho a solicitar un "informe de divulgaciones". Esta es una lista de las revelaciones que hemos hecho de la información médica acerca de usted aparte de nuestros propios usos para tratamiento, pago y cuidado de la

salud, y con otras expectativas de conformidad con la ley.

Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad, Mendocino Behavioral Health. Los formularios están disponibles bajo petición. Su solicitud debe indicar un período de tiempo, que no podrá ser mayor de seis (6) años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera lista que usted solicite dentro de un período de 12 meses será gratis. Para listas adicionales, podríamos cobrarle por los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos del costo y usted puede escoger retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de cualquier costo se incurra.

Derecho a Enmendar: Si usted siente que la información médica sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda siempre y cuando la información sea mantenida por o para el Departamento. Para solicitar una enmienda, su petición debe ser escrita y sometido al Oficial de Privacidad, el condado de Mendocino del Comportamiento de la Salud y Servicios de Recuperación. Los formularios están disponibles bajo petición. Además, usted debe proporcionar una razón que apoye su petición. Podemos negarle la enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la petición. Además, podemos negar su solicitud si usted nos pide enmendar información que:

- 1) No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información no esté disponible para hacer el cambio.
- 2) No es parte de la información médica mantenida por o para el Depar-

tamento.

3) No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar, o sea precisa y completa.

Incluso si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una adición por escrito, que no exceda las 250 palabras, con respecto a cualquier punto o declaración en su expediente que usted cree esta incompleto o incorrecta. Si usted indica claramente por escrito que desea que el anexo que se hizo una parte de su historial médico, lo adjuntaremos a su registro y lo incluiremos siempre que efectuemos una divulgación o el punto o declaración que usted cree que es incorrecta o incompleta.

Privacidad Oficial de Información de contacto:

Privacy Officer

Mendocino County Behavioral Health and Recovery Services Department

1120 South Dora Street

Ukiah, Ca 95482

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA:

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán sólo con su permiso por escrito.

English

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-555-5906（TTY：1-800-735-2929）

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929) 번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-555-5906 (телетайп: 1-800-735-2929).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما تماس بگیرد. (TTY: 1-800-735-2929) همراه می باشد. ب 1-800-555-5906

日本語 (Japanese)

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-555-5906 (TTY:1-800-735-2929) まで、お電話にてご連絡ください。

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929) पर कॉल करें।

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ` Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-800-555-5906 (TTY (հեռատիպ)` 1-800-735-2929):

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ

العربيةArabic

كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اصل إذا ملحوظة:
(TTY:1-800-735-2929)والبكم: رقم هاتف الصم 1-800-555-5906 برقم

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: អរ សើ ិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ , រសវាជំនួយមននកភាសា
រោយមិនគិត ្នួន គឺអាចមានសំរា ំ ំរ អុើ នក។ ចូ ទូ ស័ព្ទ 1-800-
555-5906 (TTY1-800-735-2929)។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານ
ພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800555-5906 (TTY:
1-800-735-2929)

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-555-
5906 (TTY:1-800-735-2929)

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA O REPORTAR UN PROBLEMA

Usted puede comunicarse con cualquiera de las personas enumeradas a continuación si desea presentar una queja o informar de un problema con la forma en la salud mental ha usado o revelado información sobre usted. Sus beneficios no se verán afectadas por las quejas que realice. Salud Mental no puede tomar represalias contra usted por presentar una queja, cooperar en una investigación, o negarse a aceptar algo que usted cree que es ilegal.

Privacidad Oficial de Información de contacto:

Mendocino County Behavioral Health and Recovery Services Department

1120 South Dora Street

Ukiah, Ca 95482

Phone: (707) 472-2326 or 1-866-791-9337

Or

Office of Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

50 United Nations Plaza, Room 322

San Francisco, CA 94102

Phone: (415) 437-8310

TTY/TTD: (415) 437-8311

Email: OCRComplaint@hhs.gov

Revised 12/7/2018