

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD



**Este Aviso entró en efecto el 14 de Abril, 2003. Fue revisado en Marzo 2017.**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

**Por favor, revise con cuidado.**

Estimado Cliente del Mental Health Association

Su información de tratamiento de salud médica y salud del comportamiento y registros son personales y privados. El Mental Health Association (MHA) está comprometido a proteger su información de salud. La información médica y de salud del comportamiento que creamos y mantenemos es conocida como Información de Salud Protegida o PHI. Estamos obligados por las leyes estatales y federales para proteger la privacidad de su información médica y de salud del comportamiento y obtener una autorización firmada por usted para ciertas revelaciones.

Estamos obligados por ley a proporcionarle este Aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica y de salud del comportamiento. Este aviso explica cómo podemos legalmente usar y divulgar su información de salud protegida y sus derechos en relación con la privacidad de su información de salud protegida. Estamos obligados a seguir todos los términos de este aviso. Nos reservamos el derecho a modificar las disposiciones de este aviso y hacerlo efectivo para toda la información de salud protegida que mantenemos.

Si usted tiene alguna pregunta y/o desea información adicional, puede ponerse en contacto con el Oficial de Privacidad de MHA al (714) 547-7559.

Gracias por poner su atención de cuidado y su confianza, en el MHA.

### **Cómo Podemos Usar y Divulgar Su Información de Salud Protegida**

Su confidencialidad es importante para nosotros. Nuestros médicos, profesionales clínicos y empleados están obligados a mantener la confidencialidad del PHI de nuestros clientes/pacientes, y tenemos políticas y procedimientos y otras medidas de seguridad para ayudar a proteger su información de salud protegida del mal uso y divulgación. Describimos brevemente estos usos y divulgaciones de su información de salud protegida a continuación y proporcionamos algunos ejemplos. No cada uso o acceso en una categoría será enumerado. Sin embargo, todas las maneras en que se nos permite utilizar y divulgar su información protegida de salud caerán dentro de una de las categorías. Por separado, vamos a describir las maneras en que utilizamos y divulgamos el VIH/SIDA y la información acerca al abuso de sustancia y/o alcohol más adelante en este Aviso.

#### **1. Tratamiento**

Nosotros podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida para proporcionar tratamiento, manejo de caso, coordinación de cuidados directos o recomendar el cuidado de la salud y otros servicios relacionados, como los servicios públicos o la vivienda. También podemos divulgar su información de salud a otros en el condado, tales como recursos comunitarios y proveedores que lo/la están tratando o involucrado en su cuidado.

#### **2. Pago**

Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud protegida para determinar la responsabilidad del condado para pagar, o permitirnos de facturar y cobrar pagos por el tratamiento y servicios relacionados con la salud que le proporcionamos. Por ejemplo, podemos incluir información con una factura para Medi-Cal o Medicare que lo/la identifique a usted, su diagnóstico, y servicios proporcionados para poder recibir el pago.

#### **3. Las Operaciones del Cuidado de la Salud**

Nosotros podemos usar y divulgar su información de salud protegida para apoyar las actividades empresariales de MHA. Por ejemplo, podemos usar su información de salud protegida para revisar y evaluar nuestros tratamientos y servicios, o para mejorar la atención de cuidado y los servicios que ofrecemos. Además, podemos divulgar su información de salud a otros empleados o asociados de negocios que realizan la facturación, la consultoría, servicios de salud y de salud del

comportamiento, la auditoría, la concesión de licencias, la acreditación, la investigación, y otros servicios para MHA.

#### **4. Requerido por la ley**

Nosotros podemos usar y divulgar su información de salud protegida cuando sea requerido por la Ley Federal, Estatal o local. Por ejemplo, la secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) puede revisar nuestros esfuerzos de cumplimiento que puede incluir ver su PHI.

#### **5. Asociados del Negocio**

Algunos servicios se proporcionan mediante el uso de entidades contratados llamados "Asociados del Negocio." Podemos contratar con asociados del negocio para llevar a cabo ciertas funciones o actividades en nuestro nombre como pago, operaciones de cuidado de la salud y/o a los servicios de tratamiento. Estos asociados del negocio deben ponerse de acuerdo para salvaguardar su PHI. Nosotros divulgamos la cantidad mínima de PHI necesaria para que el asociado del negocio pueda realizar los servicios identificados. Requerimos asociados del negocio que protejan adecuadamente su información. Ejemplos de asociados del negocio incluyen los subcontratistas que ayudan a crear, recibir, mantener o transmitir su PHI para o en nombre de MHA, compañías de facturación, portales de E-prescripción, intercambios de información de salud, los proveedores de servicios de salud del comportamiento y vendedores de archivos electrónicos y de archivos personales de salud.

#### **6. Actividades de Supervisión de la Salud**

Nosotros podemos divulgar su información protegida de salud a agencias Federales o Estatales que puedan realizar auditorías, investigaciones, actividades de supervisión e inspección de los programas gubernamentales de beneficios de salud

#### **7. Actividades de Salud Pública**

Nosotros podemos utilizar y divulgar su información protegida de salud a las autoridades de salud pública o agencias gubernamentales para informar sobre ciertas enfermedades, lesiones, condiciones, enfermedades y eventos requeridos por la ley. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica a una agencia de gobierno local a fin de ayudar a la agencia durante la investigación de un brote de una enfermedad en la zona o para cumplir con las leyes estatales que regulan la seguridad en el lugar de trabajo.

#### **8. Víctimas de abuso, Negligencia o Violencia Doméstica,**

Nosotros podemos divulgar su información protegida de salud a otras agencias del gobierno para reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica. Sólo divulgaremos esta información si usted está de acuerdo, si debemos hacerlo por la ley, o cuando es necesario para proteger a alguien de un daño grave.

#### **9. Demandas y Acciones Legales**

Nosotros podemos utilizar y divulgar su información protegida de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, algunas citaciones, u otro proceso legal. También podemos utilizar y divulgar su PHI en la medida permitida por la ley sin su autorización como defensa contra una demanda o arbitraje.

#### **10. La Aplicación de la Ley**

Nosotros podemos divulgar su información protegida de salud para ayudar a localizar o identificar a una persona desaparecida, sospechoso o fugitivo, cuando se sospecha muerte ocurrida como resultado de conducta criminal, para denunciar un crimen que ocurrió en nuestros clínicas u oficinas, o para reportar ciertos tipos de heridas, lesiones o muertes que pueden ser el resultado de un crimen a los funcionarios autorizados, tales como la policía, el sheriff, o el FBI para propósitos de aplicación de ley y en respuesta a procesos legales, tales como una orden de registro o una orden judicial.

### **11. Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias**

Nosotros podemos divulgar su información protegida de salud a directores de funerarias, Médicos Forenses, examinadores médicos y para permitir la identificación de un cuerpo, determinar qué causó la muerte, o para otras funciones oficiales.

### **12. La Donación de Órganos y Tejidos**

Nosotros podemos usar o divulgar su información protegida de salud a organizaciones que cuidan de órganos, ojos o tejidos, las donaciones y los trasplantes.

### **13. Investigación**

Nosotros podemos usar y divulgar su información de salud protegida para investigación si es aprobada por una Junta de Revisión Institucional (IRB). Un IRB es un comité responsable, bajo la ley federal, para revisar y aprobar la investigación de los temas humanos para proteger la seguridad de los participantes y la confidencialidad de su PHI.

### **14. Para Detener una Amenaza Seria a la Salud o Seguridad**

Nosotros podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida si creemos que es necesario para evitar o disminuir una amenaza seria a su salud o seguridad o a otra persona.

### **15. Los reclusos**

No es necesario que los reclusos reciban un aviso de prácticas de privacidad. Si usted está preso en una institución correccional o bajo custodia de un funcionario policial, nosotros podemos divulgar su información protegida de salud a la institución correccional o al funcionario policial para ciertos propósitos, como para proteger su salud, su seguridad o la de otra persona.

### **16. Actividad Militar y Seguridad Nacional**

Nosotros podemos usar o divulgar su PHI del personal de las fuerzas armadas a las correspondientes autoridades militares cuando creen que es necesario llevar a cabo misiones militares. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados según sea necesario para la seguridad nacional y actividades de inteligencia o para la protección del presidente y otras autoridades del gobierno

### **17. Programas Gubernamentales de Beneficios Públicos**

Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud protegida para ayudarle a calificar para programas de beneficio del gobierno, tales como Medicare, Medi-Cal, el Ingreso Suplementario de Seguridad u otros beneficios o servicios disponibles. También podemos ponernos en contacto con usted para informarle sobre opciones de tratamiento posibles, servicios o beneficios relacionados con la salud.

### **18. Compensación Laboral**

Nosotros podemos usar y divulgar su información de salud protegida con el fin de cumplir con las leyes de compensación laboral o programas similares que proveen beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica con respecto a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo a los administradores de las reclamaciones, las compañías de seguros, y otros responsables de la evaluación de su reclamación para beneficios de compensación laborales.

### **19. Familiares y Amistades Involucrados en el Pago de Su Cuidado**

Nosotros podemos divulgar su información de salud protegida a un amigo, familiar o cualquier otra persona que esté involucrado en su cuidado o el pago para su cuidado. Por ejemplo, puede traer a un amigo o miembro de la familia a su cita y tener a esa persona en la sala de exámenes mientras habla con un proveedor de atención de la salud. Usted puede informarnos verbalmente o por escrito si usted se opone a las divulgaciones a su familia y amistades.

**20. Divulgaciones en Caso de Desastres**

Nosotros podemos divulgar su nombre, ciudad de residencia, la edad, el sexo y el estado general de condición a una organización de asistencia de Desastre pública o privada para brindar la atención médica necesaria o para ayudarle a encontrar a los miembros de su familia.

**21. Divulgaciones a los Padres como Representantes Personales de los Menores**

en la mayoría de los casos, nosotros podemos divulgar el PHI de su hijo menor de edad. En algunas situaciones, sin embargo, estamos autorizados, y a veces requerido por la ley para denegar el acceso al PHI de su hijo menor de edad. Un ejemplo de cuándo debemos negar ese acceso, basado en el tipo de cuidado de la salud, es cuando un menor de edad que sea de 12 o más años de edad busca atención para una enfermedad o condición transmissible. Otra situación cuando debemos denegar el acceso a los padres es cuando los menores tienen derechos de adultos para tomar sus propias decisiones de atención de la salud. Estos menores incluyen, por ejemplo, menores, que estuvieron o están casados o que tienen una declaración de emancipación del tribunal.

**22. Recordatorios de Citas**

Nosotros podemos utilizar su PHI que usted nos proporcionó para recordarle de sus próximas citas para el tratamiento u otro cuidado de salud que usted pueda necesitar.

**23. Los registros de Vacunación**

Con autorización verbal o escrita de un padre, tutor, otra persona que actúe como loco parentis (en lugar de los padres) o de un menor emancipado. Nosotros podemos divulgar la prueba de vacunación de su hijo a una escuela y/o información acerca de un niño que es estudiante o estudiante futuro de la escuela según sea necesario por el Estado o por otra ley.

**24. Verificación de Identidad**

Nosotros podemos fotografiarlo a usted para propósitos de identificación. Su foto puede ser almacenada en su registro médico. Usted puede negarse a que le tomen su fotografía, si lo desea, poniéndose en contacto con su proveedor.

**25. Intercambio de Información de Salud**

Nosotros podemos compartir su información de salud por vía electrónica con otros proveedores de atención médica fuera de nuestras instalaciones que están involucrados en su cuidado.

Podemos participar en un Intercambio de Información de Salud (HIE) para propósitos de tratamiento. La HIE es un sistema electrónico que permite a los proveedores participantes de cuidado de salud para compartir la información del paciente en cumplimiento con las leyes de privacidad estatales y federales. A menos que usted nos notifique lo contrario de que usted se oponga. Nosotros podemos compartir su información de salud electrónicamente con sus proveedores participantes de cuidado de salud como necesarios para el tratamiento. La información médica de los pacientes que actualmente, por ley, requiera una autorización firmada para la divulgación no será transmitido a la HIE sin su consentimiento.

***Si le gustaría "optar de salir" de ser incluidos en una HIE en cualquier momento, usted puede ponerse en contacto con su proveedor.***

**26. Archivos de Salud Electrónicos**

Es posible que nosotros usemos un archivo médico electrónico para almacenar y recuperar la información sobre su salud. Una de las ventajas del archivo de salud electrónico es la habilidad de compartir e intercambiar información entre el personal de salud y otros proveedores de cuidados de salud de la comunidad que están involucrados en su cuidado. Cuando se ingrese su información en el archivo de salud electrónico, nosotros podemos compartir esa información mediante el uso compartido de bases de datos clínicos o intercambios de información de salud. También podemos recibir información sobre usted de otros proveedores de atención de salud de la comunidad que están

involucrados con su cuidado mediante bases de datos compartidas o intercambios de información de salud. Si usted tiene cualquier preguntas o preocupaciones acerca de la distribución o el intercambio de su información, por favor consulte con su proveedor.

**27. Las Comunicaciones con Familiares u Otras Personas Cuando usted esté Presente**

A veces un miembro de la familia u otra persona involucrada en su cuidado estará presente cuando estamos hablando de su PHI con usted. Si usted se opone, porfavor pongase en contacto con nosotros y no hablaremos de su PHI cuando esa persona esté presente.

**28. Las Comunicaciones con Familiares u Otras Personas Cuando Usted No Esté Presente**

Puede haber momentos en los que es necesario divulgar su PHI a un miembro de la familia u otras personas involucradas en su cuidado porque hay una emergencia o usted no pueda tener la capacidad de decisiones para tomar las decisiones para acordar u objetar. En esos casos, utilizaremos nuestro criterio profesional para determinar si está en su mejor interés para divulgar su PHI. Si es así, vamos a limitar la divulgación de su PHI que está directamente relacionada con la participación de dicha persona en su cuidado de salud. Por ejemplo, pudieramos divulgar su exposición potencial a una enfermedad infecciosa que merece atención inmediata.

**Usos y Divulgaciones de Su Información Protegida de Salud que Requieren Su Autorización Escrita**

Nosotros obtendremos su permiso por escrito a través de una autorización para otros usos y divulgaciones de su PHI no cubiertos por este Aviso. Usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento y nosotros dejaremos de divulgar la PHI sobre usted por las razones expuestas en su autorización por escrito. Las divulgaciones hechas antes de la revocación no se ven afectadas por la revocación.

**Usos y Divulgaciones de Información Sobre VIH/SIDA**

La ley de California proporciona mayor protección a la información sobre el VIH/SIDA. En general, debemos obtener su autorización escrita específicamente permitiendo la divulgación de los resultados de una prueba de VIH/SIDA para cada divulgación por separado. Nosotros podemos divulgar sus resultados de la prueba del VIH/SIDA sin su autorización como se requiere bajo las leyes y reglamentaciones estatales para propósitos de investigación de salud Pública, control o vigilancia. Además, la divulgación de información a un proveedor de atención de la salud podrá efectuarse sin la autorización específica de pacientes por los propósitos directos de diagnóstico, atención de cuidado o tratamiento del paciente.

Su médico que ordene una prueba de VIH en su nombre podrá divulgar el resultado de su prueba de VIH a sus proveedores de servicios de salud para propósitos relacionados con el diagnóstico, cuidado o tratamiento.

**Usos y divulgaciones de su historial de trastorno por uso de sustancias y alcohol**

La confidencialidad de su historial de trastorno por uso de sustancias y alcohol está protegida por el título 42 del USC (Código de los Estados Unidos), 290dd-2 y el reglamento del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) en el título 42 del CFR (Código de Reglamentos de California) Parte 2 - Confidencialidad del historial de los pacientes con trastorno de uso de sustancias. En general no tenemos permitido revelar su participación en el programa ni identificarlo como alguien que tiene un problema de abuso de alcohol o drogas a terceros a menos que:

- (1) Usted entregue su consentimiento por escrito;
- (2) La divulgación tenga como fin evitar la inscripción múltiple en programas del 42 CFR Parte 2;
- (3) La divulgación sea permitida por una orden judicial;
- (4) La divulgación se realice a personal médico en la medida necesaria para enfrentar de buena fe una emergencia médica;
- (5) La divulgación sea para el fin de realizar una investigación científica; o
- (6) La divulgación se realice para ciertos propósitos de auditoría y/o evaluación.

Las leyes y reglamentos federales permiten comunicar información identificadora personalmente sobre usted por parte de nuestro programa a las agencias o funcionarios de la ley en relación a un delito cometido por usted en nuestro programa o contra cualquier persona que trabaje para las instalaciones del programa o sobre cualquier amenaza para cometer un delito de ese tipo.

Las leyes y reglamentos federales autorizan a nuestro programa a reportar conforme a la ley estatal información personalmente identificadora acerca de usted en conexión con incidentes de supuesto abuso o negligencia infantil a las autoridades apropiadas estatales o locales.

Si usted cree que se ha infringido la privacidad de su información protegida por 42 USC 290dd-2 y 42 CFR Parte 2, puede ponerse en contacto con la Oficina del Fiscal General de Estados Unidos, Distrito Central de California, Sucursal de Santa Ana (Attorney's Office, Central District of California, Santa Ana Branch Office) localizada en 411 W. Fourth Street, Suite 8000, Santa Ana, CA 92701 o por teléfono al (855) 898-3957.

## **Sus Derechos Respecto a su Información Protegida de la Salud**

### **1. Derecho a Ver y Copiar Su PHI**

sujeto a ciertas excepciones, usted tiene el derecho de ver o recibir una copia de su información de salud protegida que mantenemos en los archivos relacionados con su cuidado, decisiones acerca de su cuidado o el pago para su cuidado. Usted tiene el derecho de ver sus archivos en cualquier formato que el Mental Health Association mantiene y puede pedir que sean enviados a un tercero. Su solicitud debe ser presentada por escrito y se puede cobrar un pago para los costos de copias, envío y cualquier otro material usado en el cumplimiento de su solicitud. En situaciones limitadas, podemos denegar todas o algunas de sus solicitudes para ver o recibir copias de sus archivos. Si se deniega, le diremos por qué por escrito y explicaremos su derecho, si lo hubiera, para que nuestra negación sea revisada.

### **2. Derecho a Ver y Copiar los Resultados de la Prueba de Laboratorio**

Usted tiene el derecho de ver y copiar información de salud protegida que consiste a los resultados de laboratorio completo o reportes del laboratorio de salud pública después del proceso de autenticación se ha completado. La solicitud debe ser presentada por escrito y se puede cobrar un pago para los costos de copias, envío y cualquier otro material usado en el cumplimiento de su solicitud.

### **3. Derecho a Pedir una Enmienda**

Usted tiene el derecho de solicitar que corrijamos o de agregar a su archivo si usted cree que hay un error en su PHI o que falta información importante. La solicitud debe ser por escrito, explique qué correcciones o adiciones está solicitando, y las razones que las correcciones o adiciones deben ser hechas. Le responderemos por escrito después de revisar su solicitud. Si aprobamos su solicitud, haremos la corrección o adición a su PHI.

Podemos negar su solicitud si no es por escrito o no incluye una razón para apoyar la solicitud. También podremos denegar su solicitud si:

- La información en su archivo es correcta y precisa;
- La información en su archivo no fue creada por nosotros o si la persona que la creó ya no está disponible para hacer la enmienda; o
- La información no es parte de los archivos que se le permite ver y copiar.

Si negamos su solicitud para una enmienda, le diremos por qué y le explicaremos su derecho de presentar una declaración de desacuerdo por escrito. Su declaración no debe exceder de cinco páginas. Usted debe decirnos claramente por escrito si usted desea incluir su declaración de desacuerdo, junto con su solicitud original de modificación y nuestra negación escrita en futuras divulgaciones de esa porción de los archivos médicos.

#### **4. Derecho a una Contabilidad de divulgaciones**

Usted tiene el derecho de solicitar una lista de las revelaciones de su PHI. La solicitud deberá hacerse por escrito y sólo puede incluir divulgaciones que ocurrieron entre la fecha de la solicitud y hasta seis años antes de la fecha de su solicitud.

Para solicitar una contabilidad, puede escribirnos a Mental Health Association, custodian of Records, 1971 E. 4th Street, Suite 130A, Santa Ana, CA 92705.

Usted tiene derecho a una contabilidad de divulgación en cualquier período de 12 meses sin coste alguno. Si usted solicita cualquier solicitud adicionales menos de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa.

La lista no incluirá las siguientes divulgaciones:

- Que usted proporcionó una autorización firmada para;
- Para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud;
- Para miembros de la familia o amigos involucrados en su cuidado o tratamiento médico;
- A cárceles, prisiones, autoridades de la ley; o
- No cubiertas por el derecho a la contabilidad.

Para los archivos de salud electrónicos, la contabilidad de divulgaciones incluiría también las divulgaciones de su PHI hechas para llevar a cabo tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Este requisito se limita a las divulgaciones dentro del plazo de los tres años anteriores a la solicitud y después del 1 de Enero de 2014.

#### **5. Derecho a Solicitar Restricciones en los Usos y Divulgaciones de su PHI**

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación sobre cómo podemos usar o divulgar su PHI para tratamiento, pago o propósitos de operaciones de cuidados de salud. Por ejemplo, usted puede pedirnos de limitar la información que compartimos con alguien que esté involucrado en su cuidado o el pago para su cuidado. Usted también puede solicitar que limitemos las divulgaciones a su cónyuge. Podemos pedirle que nos envíe su solicitud por escrito para revisar y considerar. Si se acepta su solicitud, no podemos usar o divulgar su PHI en violación de dicha restricción, sin embargo nosotros podemos divulgar la información a un plan de salud, asegurador, o asociado de negocios con el propósito de proveerle tratamiento o si es requerido por la ley.

No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto que usted tiene el derecho a restringir las divulgaciones a un plan de salud, la aseguradora para el pago, para propósitos de operaciones del cuidado de la salud, o a un asociado de negocios si usted o alguien en su nombre paga por el artículo de cuidado de salud o servicio de su bolsillo por completo en el momento de pedir la solicitud para restricción. Sin embargo, todavía podemos divulgar la información a un plan de salud, aseguradora, o asociado de negocios con el propósito de proveerle tratamiento a usted o si es requerido por la ley.

Si los servicios no se pagan en su totalidad y de su bolsillo por usted o alguien en su nombre, no estamos obligados a aceptar su solicitud para restringir el uso o divulgación de su PHI para tratamiento, pago o propósitos de operaciones de cuidado de la salud. Consideraremos todas las solicitudes enviadas, y si rechazamos su solicitud, le informaremos por escrito.

Para las solicitudes de restringir su PHI para el pago o propósitos de las operaciones del cuidado de la salud, por favor solicite la restricción antes de recibir servicios. Usted puede escribirnos a Mental Health Association, Custodian of Records, 1971 E. 4th Street, Suite 130A, Santa Ana, CA 92705.



## **6. Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales**

Usted tiene derecho a solicitar cómo nos comunicamos con usted para preservar su privacidad. Por ejemplo, usted puede solicitar que le llamemos solamente a su número del trabajo o enviar un correo a una dirección especial. Su solicitud debe ser hecha por escrito y debe especificar cómo o dónde nos podemos poner en contacto con usted. Nosotros atenderemos todas las solicitudes razonables.

Si su PHI es almacenada electrónicamente, usted puede solicitar una copia de los archivos en un formato electrónico ofrecido por el Mental Health Association. Usted también puede presentar una solicitud por escrito al condado de Orange para transmitir la copia electrónica a un tercero designado.

Si el costo de cumplir con su solicitud involucra más de una cantidad razonable adicional, nosotros estamos autorizados de cobrar nuestros costos que superen esa cantidad.

## **7. Derecho a Revocar una Autorización**

Usted tiene el derecho de retirar o revocar su autorización por escrito para utilizar y revelar su PHI en cualquier momento. Usted debe informarnos de su revocación por escrito. Si devuelve su autorización escrita, vamos a dejar de compartir su PHI. Sin embargo, nosotros no podemos recuperar cualquier información ya utilizados o compartidos, mientras que la autorización era válida.

Mental Health Association está obligado por ley a mantener un registro de los tratamientos médicos que reciben de MHA si o no usted nos da permiso por escrito para usar o compartir. Usted no tiene derecho a pedir que se borre información de su registro.

## **8. Derecho a una Copia de Papel de este Aviso**

A menos que usted sea un recluso, usted tiene el derecho de recibir una copia de papel de este aviso en cualquier momento que lo solicite.

## **9. Notificación de Incumplimiento**

En caso de incumplimiento de su PHI no asegurada, Mental Health Association le notificará sobre las circunstancias del incumplimiento.

## **10. Derecho a Presentar una Queja**

Si usted tiene cualquier preguntas sobre este aviso, sus derechos de privacidad, o cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede llamar al Oficial de Privacidad del Mental Health Association al (714) 547-7559.

Usted también tiene el derecho de presentar una queja directamente a la Secretaria de los Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés) en la Región IX, Oficina de Derechos Civiles, 90 7th Street, Suite 4-100, San Francisco, CA 94013, o llame al (800) 368-1019, (800) 537-7697 TDD (Dispositivo de Telecomunicación para Sordomudos). La queja deberá ser presentada por escrito y enviarse por correo, fax o electrónicamente por correo electrónico y dentro de los 180 días de la fecha en que se enteró de la violación.

El condado de Orange, honra su derecho a expresar sus preocupaciones sobre su privacidad. Usted no será castigado/a, amenazado/a o penalizado/a por hacer preguntas o por presentar una queja.

## **Nuestras Responsabilidades**

Nosotros debemos seguir los términos de este aviso mientras esté vigente. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y nuestras prácticas de privacidad en cualquier momento. Cambios en nuestras prácticas de privacidad se aplicarán a cualquier PHI que ya tenemos y a PHI que creamos o recibamos en el futuro.

También incluiremos el nuevo aviso disponible en clínicas de MHA, en las áreas de espera o en la recepción.

**Aviso de No Discriminación [Ley de Atención Asequible (ACA) 45 CFR 92].**

MHA cumple con las leyes federales sobre derechos civiles y no discrimina sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. MHA no excluyen a las personas o las tratan de forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

MHA:

- Proporciona gratuitamente los servicios y ayuda a las personas con discapacidad para comunicarse de forma eficaz con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (Impresión de letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona gratuitamente los servicios de idiomas a las personas cuales su primer idioma no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes Calificados
  - Información escrita en otros idiomas.

Comuníquese con el personal, si usted necesita estos servicios.

Si tiene alguna dificultad en obtener de estos servicios, y cree que ha sido discriminado/a, o desea presentar una queja relacionada con cualquiera de estos servicios o pólizas, usted puede presentar una queja en persona o por correo, o fax en la información de contacto en la información debajo. Alek Drexler, Oficina de Cumplimiento en MHA, y está disponible para ayudarle como sea necesario.

Mental Health Association of Orange County  
Atención: Alek Drexler, Oficina de Cumplimiento  
1971 E. 4th Street, Suite 130A, Santa Ana, CA 92705.  
Teléfono: 714-557-7559, Fax: 714-543-4431.

También puede presentar una queja de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través de la Oficina de Derechos Civiles Queja Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono al:

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

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# Servicios de asistencia con el Idioma

Usted tiene el derecho a un intérprete sin costo alguno para usted. Pregunte en la recepción.

<b>Arabic</b>	لك الحق في الحصول على مترجم فوري بدون تحمل أي رسوم من تجاهك. اسأل في مكتب الاستقبال.
<b>Armenian</b>	հինգը նա ՈՄԻ ԿԸՉՉՄԸ ԲԵՊՊԻՆԻ ԺՈՒՆԻ ԿՃԹՆԻ:: ՈՒՊԳՄԸ ՈՂՈՒՐ ԵՆԻ ՎԵ ԵՄԵՔ::
<b>Cambodian</b>	លោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់ដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមសាកសួរនៅតុទទួលភ្ញៀវ។
<b>Cantonese</b>	您有權免費獲得一位口譯人員。請在前臺諮詢。
<b>English</b>	You have the right to an interpreter at no cost to you. Ask at the front desk.
<b>Farsi</b>	شما این حق را دارید که بطور رایگان از خدمات یک مترجم استفاده کنید. در مورد این خدمات از کارکنان جلوی دفتر یا پشت پیشخوان جویا شوید.
<b>Hindi</b>	आपको नःशुल्क दुभाषयिा प्राप्त करने का अधिकार है। फ्रंट डेस्क पर पूछताछ करें।
<b>Hmong</b>	Koj muaj cai tau txais ib tug kws txhais lus pub dawb. Nug ntawm lub rooj ua haujlwm nyob sab ntawm xub thawj.
<b>Japanese</b>	あなたには無料で通訳者のサービスを受ける権利があります。フロントデスクにお尋ねください。
<b>Korean</b>	당신은 통역사를 무상으로 이용할 권리가 있습니다. 프론트 데스크에 문의하세요.
<b>Lao</b>	ທ່ານມີສິດມີວ່າມແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ຖາມຢູ່ໂຕະຕ້ອນຮັບ.
<b>Mandarin</b>	你有权利免费获得翻译服务。请问前台。
<b>Punjabi</b>	ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਖਰਚ ਦੁਆਰੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲੈਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਇਸ ਬਾਰੇ ਫਰੰਟ ਡੈਸਕ ਤੇ ਪੁੱਛੋ।
<b>Russian</b>	Вы имеете право на получение бесплатных услуг переводчика. Спросите на стойке регистрации.
<b>Samoan</b>	E iai lau aiia tatau mo se fa'amatalaupu e leai se totogi. Fesisli i le tagata oi le laulau i luma.
<b>Tagalog</b>	Mayroon kang karapatan sa isang tagapagsalin nang walang bayad. Magtanong sa front desk.
<b>Thai</b>	คุณมีสิทธิเป็นล่ามได้โดยที่ คุณไม่ต้องมีค่าใช้จ่าย สอบถามได้ที่แผนกต้อนรับ
<b>Vietnamese</b>	Quý vị có quyền yêu cầu một thông dịch viên miễn phí. Xin hỏi ban tiếp tân.