



650 Clark Way, Palo Alto, CA 94304

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. SÍRVASE REVISARLA CUIDADOSAMENTE. (Fecha de vigencia: 9 Enero de 2018)

En caso de tener alguna pregunta con respecto a la Notificación de Privacidad, comuníquese con nuestro Funcionario de Privacidad al 650.688.3612 o envíe un correo electrónico a HIPAA@chconline.org

I. Presentación

Esta notificación de las Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y revelar la información protegida de su salud para realizar el tratamiento, pago u operaciones de atención de salud y para otros propósitos que la ley permita o requiera. Asimismo, esta notificación también describe sus derechos con respecto a la información de salud que mantenemos sobre usted y proporciona una breve descripción de cómo usted puede ejercer estos derechos. Además, esta notificación establece la obligación que tenemos de proteger la información de su salud.

La "información protegida de salud" significa datos sobre salud que incluye la identificación de la información sobre usted, que hemos recopilado de usted o recibido de sus proveedores de atención de salud, planes de salud, de su empleador o de un centro distribuidor de información sobre atención de salud. Esta información puede incluir datos sobre su salud o condición física o mental pasada, presente o futura, la prestación de su atención de salud y el pago por sus servicios de atención de salud. La ley nos obliga a mantener la privacidad de la información de su salud y proporcionarle esta notificación de nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad con respecto a información de su salud. Asimismo, debemos cumplir con los términos de nuestra actual notificación de prácticas de privacidad.

II. Cómo utilizaremos y revelaremos información de su salud

Utilizaremos y revelaremos información de su salud según se describe en cada categoría que se menciona a continuación. Para cada categoría, explicaremos lo que queremos decir en general, pero no describiremos todos los usos o revelaciones específicas de la información de salud.

A. Usos y revelaciones para tratamiento, pago y operaciones

1. **Para tratamiento.** Utilizaremos y revelaremos información de su salud sin su autorización para brindarle atención de salud y servicios relacionados. Asimismo, utilizaremos y revelaremos información de su salud para coordinar y administrar su atención de salud y servicios relacionados. Por ejemplo, podemos necesitar revelar información a un gerente de casos quien es responsable de coordinar su atención. También podemos revelar información de su salud entre nuestros médicos clínicos y otro personal, por ejemplo coordinador de ingresos y asistentes de programas que trabajen en Children's Health Council o Consejo de Salud Infantil (CHC por sus siglas en inglés). Por ejemplo, nuestro personal puede hablar de su atención en una conferencia de casos. Además, podemos revelar información de su salud sin su autorización a otro proveedor de atención de salud (por ejemplo, su médico principal de salud o un laboratorio) que trabajen fuera de Consejo de Salud Infantil para los fines de su tratamiento.

2. **Para pago.** Podemos utilizar o revelar información de su salud sin su autorización de manera que el tratamiento y servicios que recibe se facturen, y se haga el cobro, a su plan de salud u a otro pagante tercero. A manera de ejemplo, podemos revelar información de su salud para permitir a su asegurador del plan de salud u otro a tomar ciertas acciones antes de que su plan de salud o asegurador apruebe o pague sus servicios. Estas acciones pueden incluir:

- ◆ tomar una determinación de elegibilidad o cobertura para seguro de salud;
- ◆ revisar sus servicios para determinar si fueron necesarios desde el punto de vista médico;

- ◆ revisar sus servicios para determinar si fueron apropiadamente autorizados o certificados por adelantado de su atención; o
- ◆ revisar sus servicios para propósitos de revisión de la utilización, para asegurar que su atención sea apropiada, o justificar los cobros para su atención.

Por ejemplo, su plan de salud o asegurador puede pedirnos compartir información de su salud con el fin de determinar si el plan aprobará visitas adicionales a su terapeuta. Asimismo, podemos revelar información de su salud a otro proveedor de atención de salud de manera que el proveedor pueda facturarle los servicios que ellos le brindaron, por ejemplo un servicio de ambulancia que lo transportó al hospital.

3. Para operaciones de atención de salud. Podemos utilizar y revelar información de salud sobre usted sin su autorización para nuestras operaciones de atención de salud. Estos usos y revelaciones son necesarios para dirigir nuestra organización y asegurarnos de que nuestros clientes reciban una atención de calidad. Por ejemplo, estas actividades pueden incluir evaluación y mejora de la calidad, revisión del rendimiento o calificaciones de nuestros médicos clínicos, capacitación de estudiantes en actividades clínicas, licencias, acreditación, planeamiento comercial y desarrollo y actividades administrativas generales. Podemos combinar información de salud de muchos de nuestros clientes para decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, qué servicios ya no son más necesarios y si ciertos tratamientos son efectivos o no. Asimismo, podemos brindar información de su salud a otros proveedores de atención de salud o a su plan de salud para asistirlos en la realización de algunas de nuestras operaciones de atención de salud. Lo haremos solo si tiene o ha tenido una relación con el otro proveedor o plan de salud. Por ejemplo, podemos brindar información sobre usted para su plan de salud para asistirlos en sus actividades de aseguramiento de la calidad. Asimismo, podemos usar y revelar su información de salud para contactarlo y recordarle su cita. Finalmente, podemos usar y revelar información de su salud para informarle sobre sus opciones o alternativas posibles de tratamiento que pueden interesarle.

4. Beneficios y servicios relacionados de salud. Podemos usar y revelar información de salud para contarle sobre beneficios o servicios relacionados de salud que puedan interesarle. Si no desea que le brindemos información sobre beneficios o servicios relacionados de salud, debe notificar por escrito al Funcionario de Privacidad de Consejo de Salud Infantil, 650 Clark Way, Palo Alto, CA 94304. Sírvase establecer claramente que no desea recibir materiales sobre beneficios o servicios relacionados de salud.

B. Usos y revelaciones que pueden realizarse sin su autorización, pero para los cuales usted tendrá una oportunidad de objetar.

1. Personas involucradas en su atención. Podemos brindar información de salud sobre usted a alguien que ayuda a pagar su atención. Podemos usar o revelar información de su salud para notificar o asistir en la notificación de un miembro de la familia, representante personal, tutor público o custodio o cualquier otra persona que sea responsable de su atención, de su ubicación, condición general o deceso. Asimismo, podemos usar o revelar información de su salud a una entidad que ayude en los esfuerzos de alivio en desastres y a coordinar usos y revelaciones para este propósito a la familia u a otros individuos involucrados en la atención de su salud. En circunstancias limitadas, podemos revelar información de salud sobre usted a un amigo o miembro de la familia quien participe en su atención. Si se encuentra físicamente presente y está en capacidad de tomar decisiones de la atención de salud, su información de salud puede ser revelada solo con su consentimiento a personas que usted designe para que participe en su atención. Si se encuentra en situación de emergencia, podemos revelar información de su salud a un cónyuge, miembro de la familia o a un amigo de manera que dicha persona pueda ayudarlo en su atención. En este caso determinaremos si la revelación le favorece o no y, si es así, solo revelaremos información que sea directamente relevante a la participación en su cuidado. Y si no se encuentra en una situación de emergencia pero no puede tomar decisiones de atención de salud, revelaremos información de su salud a:

- una persona designada para participar en su atención de conformidad con una instrucción por adelantada validamente ejecutada según la legislación estatal,
- su tutor u otro fiduciario si un tribunal ha designado uno, o

➤ si es aplicable, al organismo estatal encargado de acordar su atención.

2. **Desarrollo y relaciones comunitarias.** Podremos utilizar alguna información (nombre, dirección, número telefónico, edad y sexo) para contactarle en futuras ocasiones para recaudar fondos para Children's Health Council. El dinero recaudado será utilizado para expandir y mejorar los servicios y programas que proveemos a la comunidad. Si lo desea su nombre será eliminado de la lista de personas que reciben invitaciones para el recaudo de fondos, por favor comuníquese con el Funcionario de Privacidad del HIPAA, en Children's Health Council, 650 Clark Way, Palo Alto, CA 94304, o envíe un correo electrónico al HIPAA@chconline.org.

C. Usos y revelaciones que pueden realizarse sin su autorización u oportunidad de objetar

1. **Emergencias.** Podemos usar y revelar información de su salud en una situación de tratamiento de emergencia. A manera de ejemplo, podemos brindarle información de su salud a un paramédico que lo está transportando en una ambulancia. Si la ley requiere de un médico clínico para tratarlo y su médico clínico tratante ha intentado obtener su autorización pero no puede hacerlo, el médico clínico tratante puede, sin embargo, usar o revelar información de su salud para atenderlo.

2. **Investigación.** Podemos revelar información de su salud a investigadores cuando la Junta de Revisión Institucional haya aprobado su investigación o una Junta de Privacidad similar haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para proteger la privacidad de la información de su salud.

3. **Según lo requiere la ley.** Revelaremos información de salud sobre usted cuando la legislación federal, estatal o local así lo requiera.

4. **Para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad.** Podemos usar y revelar información de salud sobre usted cuando sea necesario para evitar una amenaza seria e inminente a su salud o seguridad o a la salud o seguridad del público u a otra persona. Bajo estas circunstancias, solo revelaremos información de salud a alguien que sea capaz de ayudar a evitar la amenaza o amilanarla.

5. **Donación de órganos y tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podemos revelar información de su salud a una organización de suministro de órganos o a una entidad que realice transplante de órganos, ojos o tejidos, o que sirva como banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y transplante de órganos, ojos y tejidos.

6. **Actividades de salud pública.** Podemos revelar información de salud sobre usted según sea necesario para las actividades de salud pública que incluyan, a manera de ejemplo, revelaciones para:

- informar a las autoridades de salud pública sobre el propósito de evitar o controlar la enfermedad, lesión o discapacidad;
- informar sobre sucesos vitales tales como nacimiento o deceso;
- realizar vigilancia o investigaciones sobre salud pública;
- informar sobre abuso infantil o negligencia;
- informar de ciertos eventos a la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA por sus siglas en inglés) o a una persona sujeta a la jurisdicción de la FDA que incluye información sobre productos defectuosos o problemas con medicamentos;
- notificar a clientes sobre retiros de productos lanzados por la FDA;
- notificar a una persona que podría haber estado expuesta a una enfermedad transmisible o que esté en riesgo de contraer o difundir una enfermedad o condición;
- notificar al organismo gubernamental correspondiente si creemos que ha sido víctima de abuso o negligencia o de violencia doméstica. Notificaremos solo a un organismo si obtenemos su acuerdo o si la ley nos obliga o nos autoriza a informar de tal abuso, negligencia o violencia doméstica.

7. **Actividades de supervisión de salud.** Podemos revelar información de salud sobre usted a un organismo de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley. Los organismos de supervisión incluyen organismos gubernamentales que inspeccionan el sistema de atención de salud, los programas de beneficios gubernamentales tales como Medicare o Medicaid, otros programas gubernamentales que regulan la atención de salud y las legislaciones sobre derechos civiles.

8. Revelaciones en procesos legales. Podemos revelar información de salud sobre usted a un tribunal u organismo administrativo cuando un juez u organismo administrativo nos ordene hacerlo. Asimismo, podemos revelar información de salud sobre usted en los procesos legales sin su permiso o sin el mandato de un juez u organismo administrativo cuando recibimos un requerimiento para la información de su salud. No brindaremos esta información como respuesta a un requerimiento sin su autorización si la solicitud es para registros de un programa de abuso de sustancias federalmente asistido.

9. Actividades de cumplimiento de la ley. Podemos revelar información de salud a un funcionario del cumplimiento de la ley para propósitos de aplicación de la ley cuando:

- un mandato judicial, requerimiento, garantía, convocatoria o proceso similar nos obligue a hacerlo; o
- la información sea necesaria para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona perdida; o
- informemos de un deceso que creemos puede ser consecuencia de una conducta criminal; o
- informemos de una conducta criminal que suceda en el sitio de nuestras instalaciones; o
- determinemos que el propósito del cumplimiento de la ley sea responder a una amenaza de una actividad inminentemente peligrosa por usted contra su persona u otra; o
- la ley requiera, de otra forma, la revelación.

Asimismo, podemos revelar información de salud sobre un cliente que es víctima de un delito sin un mandato judicial o sin estar obligados por la ley para hacerlo. No obstante, nosotros lo haremos solo si los funcionarios del cumplimiento de la ley han solicitado la revelación y la víctima está de acuerdo con ello o, que en caso de incapacidad de la víctima, ocurra lo siguiente:

- el funcionario del cumplimiento de la ley nos presenta que (i) la víctima no es el sujeto de la investigación y que (ii) una actividad inmediata del cumplimiento de la ley para confrontar un peligro serio para la víctima u a otros dependa de la revelación; y
- determinamos que la revelación sea en el mejor interés de la víctima.

10. Examinadores médicos. Podemos brindar información de salud sobre nuestros clientes a un examinador médico. Los examinadores médicos son designados por ley para asistir en la identificación de personas fallecidas y para determinar la causa del deceso en ciertas circunstancias.

11. El ejército y los veteranos. Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar información de su salud según sea necesario por las autoridades del comando militar. Asimismo, podemos revelar información de salud para el propósito de determinar su elegibilidad para beneficios brindados por el Departamento de Asuntos de Veteranos. Para finalizar, si usted forma parte de un servicio militar extranjero, podemos revelar información de su salud a la autoridad militar extranjera.

12. Seguridad nacional y servicios de protección para el presidente y otros. Podemos revelar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados en caso de actividades de inteligencia, contrainteligencia y de seguridad nacional autorizadas por ley. También podemos revelar información de salud sobre usted a funcionarios federales autorizados de manera que puedan brindar protección al presidente, otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros o de manera que ellos puedan realizar investigaciones especiales.

13. Reos. Si usted es un reo de una institución penitenciaria o se encuentra bajo la custodia de un funcionario del cumplimiento de la ley, podemos revelar información de salud sobre usted a la institución penitenciaria o al funcionario del cumplimiento de la ley.

14. Remuneración de los trabajadores. Podemos revelar información de salud sobre usted para cumplir con la Ley estatal de Remuneración de los Trabajadores.

III. Usos y revelaciones de la información de su salud con su permiso.

Los usos y revelaciones que no están descritos en la Sección II de esta Notificación de Prácticas de Privacidad generalmente se realizarán solo con su permiso escrito, llamado una "autorización". Usted tiene derecho a revocar una autorización en cualquier momento. Si cancela su autorización, no realizaremos ningún uso o revelación adicional de la información de su salud según esa autorización, a menos que hayamos tomado una acción confiando en los usos o revelaciones que haya autorizado previamente.

IV. Sus derechos con respecto a la información sobre su salud.

A. Derecho a inspeccionar y copiar.

Usted tiene derecho a solicitar una oportunidad de inspeccionar o copiar información de salud empleada para tomar decisiones sobre su atención –ya sea que sean decisiones sobre su tratamiento o el pago de su atención–. Por lo general, esto incluiría registros clínicos y de facturación, pero no observaciones de psicoterapia.

Usted debe presentar su solicitud por escrito a nuestro Funcionario de Privacidad de Consejo de Salud Infantil en 650 Clark Way, Palo Alto, CA 94304. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrar un monto por el costo del copiado, correspondencia y suministros relacionados con su solicitud. Podemos negar su solicitud para inspeccionar o copiar su información de salud en ciertas circunstancias limitadas. En algunos casos, tendrá derecho a mandar a que se revise la negación por un profesional licenciado de atención de salud que no esté directamente involucrado en la decisión original de negar el acceso. Le informaremos por escrito si la negación de su solicitud puede ser revisada. Una vez que se completa la revisión, respetaremos la decisión tomada por el revisor del profesional licenciado de la atención de salud.

B. Derecho a enmendar.

Mientras que mantengamos registros sobre usted, tendrá derecho a solicitarnos enmendar cualquier información de salud empleada para tomar decisiones sobre su atención –ya sea que sean decisiones o no sobre su tratamiento o el pago de su atención. Por lo general, esto incluiría registros clínicos y de facturación, pero no observaciones de psicoterapia. Para solicitar una enmienda, usted debe presentar un documento escrito a nuestro Funcionario de Privacidad al Consejo de Salud Infantil en 650 Clark Way, Palo Alto, CA 94304 y decirnos por qué cree que la información es incorrecta o imprecisa. Podemos negar su solicitud de una enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para respaldar tal solicitud.

También podemos negar su solicitud si nos pide enmendar información de salud que:

- no fue creada por nosotros a menos que la persona o la entidad que creó la información de salud ya no esté más disponible para hacer la enmienda;
- no sea parte de la información de salud que mantenemos para tomar decisiones sobre su atención;
- no sea parte de la información de salud a la que tendría autorización de inspeccionar o copiar; o
- sea exacta y completa.

Si negamos su solicitud de enmienda, le enviaremos una notificación escrita de la negación que establezca la base de tal negación y que le ofrezca la oportunidad de brindar una declaración escrita que esté en desacuerdo con la negación. Si no desea elaborar una declaración escrita de desacuerdo, puede solicitar que se adjunte la enmienda solicitada y nuestro desacuerdo en todas las revelaciones futuras de información de salud donde ésta sea el asunto de su solicitud. Si escoge presentar una declaración escrita de desacuerdo, tenemos derecho a elaborar una refutación escrita en su declaración de desacuerdo. En este caso, adjuntaremos la solicitud escrita y la refutación (así como la solicitud y negación originales) en todas las revelaciones futuras de la información de salud donde ésta sea el tema de su solicitud.

C. Derecho a una contabilidad de revelaciones.

Usted tiene derecho a solicitar que le brindemos una contabilidad de las revelaciones que hemos hecho de su información de salud. Una contabilidad es una lista de revelaciones. Pero esta lista no incluirá ciertas revelaciones de información de su salud, por ejemplo aquellas que hemos hecho para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención de salud. Para solicitar una contabilidad de revelaciones, debe presentar su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad en el Consejo de Salud Infantil en 650 Clark Way, Palo Alto, CA 94304. Para su comodidad, debe presentar su solicitud en un formulario llamado “Solicitud de contabilidad” que puede obtener de nuestro Funcionario de Privacidad. La solicitud deberá establecer el periodo de tiempo por el cual desea recibir una contabilidad. Este periodo de tiempo no deberá ser mayor de seis años y no incluirá las fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera contabilidad que usted solicite dentro de un periodo de doce meses será gratuita. Por solicitudes adicionales durante el mismo periodo de 12 meses, le cobraremos los costos de brindar tal contabilidad. Le avisaremos del monto que cobraremos y usted puede elegir retirarse o modificar su solicitud antes de incurrir en cualquier costo.

D. Derecho a solicitar restricciones.

Usted tiene derecho a solicitar una restricción sobre la información de salud que usamos o que revelamos sobre usted para tratamiento, pago o restricciones de atención de salud. Para solicitar una restricción, usted debe pedirla al Consejo de

Salud Infantil en 650 Clark Way, Palo Alto, CA 94304. El Funcionario de Privacidad le ordenará que firme una solicitud de formulario de restricción, la cual deberá llenar y devolver al Funcionario de Privacidad. No estamos obligados a convenir en una restricción que usted puede solicitar. Si llegamos a un acuerdo, respetaremos su solicitud a menos que la información de salud restringida sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.

E. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.

Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted respecto de su atención de salud solo en un determinado lugar o a través de un método determinado. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted solo en el trabajo o mediante correo electrónico. Para solicitar tal comunicación confidencial, debe hacer su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad al Consejo de Salud Infantil en 650 Clark Way, Palo Alto, CA 94304. Complacemos todas las solicitudes razonables. No necesita darnos una razón para la solicitud; pero su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

Si mantenemos su información de salud protegida en forma electrónica, tiene el derecho de obtener una copia de la información en formato electrónico. También puede indicarnos que transmita una copia de esa Información Médica Protegida directamente a una entidad o persona que designe, a condición de que su dirección es clara, evidente y específica. Si se le cobra una cuota por nosotros para proporcionar la información electrónica, la cuota no podrá exceder de ciertos costos de mano de obra y otros costos en la transmisión de la información.

F. Derecho a una copia en papel de esta notificación.

Usted tiene derecho a obtener una copia en papel de esta notificación de prácticas de privacidad en cualquier momento. Incluso si ha acordado recibir esta notificación de prácticas de privacidad de manera electrónica, aún puede obtener una copia en papel. Para obtener una copia en papel, comuníquese con el Funcionario de Privacidad en el Consejo de Salud Infantil en 650 Clark Way, Palo Alto, CA 94304.

G. Derecho a recibir una notificación de un violación de su Información de Salud Protegida

Si su Información de Salud Protegida sin garantía es adquirida, usada o divulgada de una manera que es inadmisibles en virtud de las Reglas de Privacidad, entonces tenemos que notificarle de la infracción dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que nos enteramos de tal incumplimiento. La excepción a este requisito es si determinamos que hay una baja probabilidad de que su Información de Salud Protegida se ha visto comprometida por la divulgación no autorizada. Para obtener más información sobre esta regla, por favor contacte al Oficial de Privacidad al Consejo de Salud Infantil, 650 Clark Way, Palo Alto, CA 94304. Sin garantía Información Protegida de Salud es la Información de Salud que no ha sido cifrado o destruido.

V. Confidencialidad de los registros de abuso de sustancias

Para los individuos que han recibido tratamiento, diagnóstico o referencia para tratamiento de nuestros programas de abuso por drogas o alcohol, la legislación y normas federales protegen la confidencialidad de los registros por abuso de drogas o alcohol. Como regla general, no podemos decirle a una persona ajena a los programas que usted asiste a uno de estos programas ni tampoco revelar cualquier información que lo identifique como un adicto al alcohol o a las drogas, a menos que:

- usted autorice la revelación por escrito; o
- se permita la revelación por un mandato judicial; o
- se haga la revelación a personal médico en una emergencia médica o a personal calificado para fines de investigación, auditoría o de evaluación de programas; o
- usted amenace con cometer un crimen ya sea en el programa de abuso de drogas o alcohol o contra cualquier persona que trabaje para nuestros programas de abuso de drogas o alcohol.

En caso de que nosotros quebrantemos la legislación y las normas federales que gobiernan el abuso por drogas o alcohol constituirá un crimen. Las supuestas violaciones pueden informarse al fiscal de Estados Unidos en el distrito donde ocurre la violación. La legislación y las normas federales que gobiernan la confidencialidad del abuso de drogas o alcohol nos permite informar de abuso o negligencia infantil sospechada de acuerdo a la ley estatal con las autoridades estatales o locales apropiadas. Sírvase consultar 42 USC § 290dd-2 sobre ley federal y 42 C.F.R., Parte 2 para normas federales que gobiernan la confidencialidad de los registros del paciente por abuso de alcohol y drogas.

VI. Demandas

Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede entablar una demanda ante nosotros o al Secretario del Departamento de Servicios de Salud y Humanos de EE.UU. Para presentar una demanda ante nosotros, comuníquese con nuestra oficina encargada de recibir denuncias en el Consejo de Salud Infantil en 650 Clark Way, Palo Alto, CA 94304 (650-688-3612). Todas las demandas deben presentarse por escrito. Nuestro Funcionario de Privacidad que puede contactarse en 650 Clark Way, Palo Alto, CA 94304, lo ayudará con la redacción de su demanda si usted solicita dicha asistencia. No tomaremos represalias contra usted por presentar una demanda.

VII. Modificaciones en esta notificación

Nos reservamos el derecho de modificar las condiciones de nuestra notificación de prácticas de privacidad. También nos reservamos el derecho de colocar en vigencia la notificación de prácticas de privacidad revisada o modificada para toda la información de salud que ya tenemos sobre usted así como cualquier información de salud que recibamos en el futuro. Colocaremos una copia de la actual Notificación de Prácticas de Privacidad en nuestra oficina principal y en cada sitio donde prestemos atención. Asimismo, obtendrá una copia de la actual Notificación de Prácticas de Privacidad ingresando a nuestro sitio web en www.chconline.org o llamándonos al **650-688-3612** para solicitar que se le envíe una copia a usted en el correo o pidiendo una en cualquier momento que usted se encuentre en nuestras oficinas.

Si tiene alguna pregunta acerca de este Aviso de Privacidad, por favor póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad al 650-688-3612 o por correo electrónico HIPAA@chconline.org



NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD SOBRE INFORMACIÓN DE
SALUD:

Acuse de recibo

Por favor complete este formulario con su nombre impreso y firma reconociendo que usted ha recibido una copia de la Children's Health Council el aviso de privacidad. Si usted está completando el formulario como un individuo del padre, madre o tutor legal, facilítenos su nombre como bien.

Reconozco que he recibido una copia de la Children's Health Council Aviso de Prácticas de Privacidad.

Escribir nombre en letra imprenta

Firma

Fecha

Nombre y apellido del niño

Número de record

- CHC es una organización 501(C)(3) organización sin fines de lucro dedicada a ofrecer servicios y conexión de la comunidad a través de top-rated educación y servicios de salud mental para niños, adolescentes y adultos jóvenes durante 65 años. Lo hacemos, en ocasiones, llegar a los miembros de la comunidad a través de US mail y correo electrónico con información importante acerca de nuestros servicios, programas y actividades de recaudación de fondos.

Marcando esta casilla usted opt-out de recibir tales comunicaciones.

Para optar a cabo en una fecha posterior, puede llamar por teléfono a la Oficial de Privacidad de HIPAA al 650-688-3612 o envíe un correo electrónico a HIPAA@chconline.org