

Póliza de Practicas Privada de PCSD
Efectivo Original: 1ro de Enero 2010; revisar 1ro de Noviembre 2011
con fecha de efectivo 1ro de Enero 2012

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA, Y COMO USTED PUEDE TENER EL ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR TOME SU TIEMPO Y LEA ESTA INFORMACION IMPORTANTANTE.

Aquí en "Psychiatric Centers de San Diego" (PCSD) la confianza del paciente es nuestra prioridad. La información equerida para ayudar al oso pacientes a entender nuestra póliza como di coleccionamos, usamos, y revelamos de la información médica personal. Es requerido según la ley del estado y ley federal que protegemos su información de la salud. Debemos proporcionarle una copia de esta póliza que le informa como compartimos su información, y también le informa de sus derechos. Ahora, tenemos el derecho de cambiar las prácticas que han sido descritas en este aviso. Pero, si hacemos algún cambio, revisaremos la copia y estará disponible en 60 días antes de la nueva fecha efectivo.

Su información es personal y privada. Nosotros podemos recibir su información cuando usted es elegible de inscripción a su plan de salud. También podemos recibir información de sus médicos, clínicas, laboratorios, y hospitales a fin de aprobar y pagar su tratamiento.

A. ESTE ES COMO NOSOTRO PODEMOS USAR Y COMPARTIR SU INFORMACION:

PCSD puede usar o compartir su información directamente relacionada con su tratamiento, o puede ser de un pago perteneciendo a su tratamiento. La información que usamos y parte puede incluir; su nombre, su dirección, hechos personales, su tratamiento, y su historia médica. Algunas acciones como un grupo medico incluyen: verificación de elegibilidad e inscripción, pago de servicios, investigando el fraude y la supervisión de la calidad de tratamiento e incluye coordinación de tratamiento.

Algunos ejemplos incluyen:

Para su tratamiento: Usted puede necesitar tratamiento que requiere aprobación de antemano. Compartiremos información con médicos, hospitales, y de otros para que obtenga el tratamiento que necesite.

Para pago de servicio: PCSD examinara, aprobara y pagara reclamaciones enviadas a nosotros por su tratamiento. Cuando hacemos esto, compartimos información con los médicos, clínicas, y otros que nos cobran por su tratamiento. Además, es posible que mandemos cobros a otros seguros u organizaciones para pago.

Para operaciones de atención medica: Podemos usar información en sus documentos de salud para supervisar el tratamiento que usted recibe. Nosotros también podemos usar esta información en auditorias, en programas para fraude y abuso, y administración general.

B. OTROS USOS DE SU INFORMACION DE SALUD:

1. Algunas veces un tribunal ordenara que nosotros presentemos su información de salud. También daremos información a un tribunal, investigador o abogado, en ciertas circunstancias. Esto puede implicar un fraude o acciones para recuperar el dinero de otros. Usted o su médico, un hospital, y otras agencias de asistencia médica pueden apelar decisiones tomadas en reclamas para su salud. Su información de salud puede ser usada para tomar estas decisiones de apelación.
2. Su información de salud puede ser compartida con agencias y organizaciones para comprobar cómo nuestro grupo de médicos está proporcionando servicios. También podemos compartir la información de salud con el gobierno federal si es solicitado, en relación con las reglas de privacidad.
3. Podemos compartir su información con investigadores clínicos cuando un comité de revisión institucional cuando examine y apruebe la razón de la investigación, y ha establecido protocolos apropiados para asegurar la privacidad de la información.
4. Cuando es necesario podemos revelar la información de salud para prevenir una amenaza seria a su salud y su seguridad o la salud y seguridad de otra persona o al público. Esta información será comunicada a alguien capaz de prevenir la amenaza.
5. Podemos compartir su información para recordarle de sus citas futuras. Si usted no está disponible, es posible que le dejemos esta información en su contestador telefónico o con la persona que responda el teléfono.

C. CUANDO EL PERMISO ESCRITO ES NECESARIO:

Si queremos usar su información para algún objetivo no puesto en lista de este aviso, debemos conseguir su permiso escrito. Si usted no da su permiso por escrito, usted puede tomarlo atrás a cualquier momento.

D. ¿CUALES SON SU SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD?

Usted tiene el derecho de pedirnos no usar o compartir su información de asistencia médica personal del modo que describimos. Podemos no ser capaces de estar de acuerdo con su petición.

- Usted tiene el derecho de contactarnos escribiendo, enviado a usted en una dirección diferente, o entregado en un apartado de correos, o por teléfono. Aceptamos peticiones cuando sea necesario para proteger su seguridad.
- Usted y su representante personal tienen el derecho de recibir una copia de su información de salud solicitando por escrito al Departamento de Archivos en PCSD, P.O. Box 609001, San Diego, CA 92160. Se le podría cobrar una cuota por el costo de las copias y de correo. (Podemos impedirle ver ciertas partes de sus archivos por motivos que es permitido según la ley.)
- Usted tiene el derecho de preguntar que la información en sus archivos de ser enmonado si no es correcto o completo. Podemos rechazar su petición si: (i) la

PCSD
Psychiatric Centers
At San Diego

información no es creada o guardada por PCSD, o (ii) creemos que es correcto y completo. Si no hacemos los cambios que fueron indicados por usted, usted si puede preguntar que examinemos nuestra decision de nuevo. Usted tambien puede enviar una declaracion explicado el por que no está de acuerdo con nuestros archivos, y aquella declaración per manecera con su archivo.

- Cuando compartimos su información de salud usted tiene el derecho de solicito una lista de que información fue compartida, con quien y cuando lo compartimos y para qué motivos. Este no incluirá a cuando información de parte con usted perteneciendo a tratamiento, pago, operaciones de grupo medico peticiones requeridas según la ley.
- Usted tiene el derecho de a ser informado de una infracción en un plazo de 60 días de la fecha de cuando una violación ha sido descubierto. Nosotros le notificaremos de dicha violación por correo de primera clase, o por correo electrónico si se especifica como una preferencia, incluyendo la siguiente información en la notificación: Las circunstancias de la infracción, la fecha de la infracción, la fecha del descubrimiento, el tipo de información que esta involucrado , las medidas adoptadas para mitigar el daño y proteger contra fallos en el futuro, y cómo puede obtener información adicional acerca de la violación.
- Usted tiene el derecho de solicitar una copia adicional de Póliza de Practicas Privada de PCSD.

Y usted también puede encontrar este aviso en nuestro sitio web:
www.psychiatriccenters.com

E. ¿COMO SE PONE EN CONTACTO USTED CON NOSOTROS PARA USAR SUS DERECHOS?

Si usted quiere usar cualquiera de los derechos de privacidad explicados en este aviso, por favor llame o escribanos a: PCSD HIPAA Compliance Officer, P.O. Box 609001, San Diego, CA 92160, o llame a 619-528-4600 o número de fax 619-528-4625. Si usted tiene un problema de audición o habla, puede llamar al 711 o Voz y TTY (teléfono de texto) 1 (800) 855-3000. Para información adicional llame a Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos al número 619-515-4243 o la Oficina para Derechos Civiles al número 1-877-696-6775.

F. QUEJAS: Si usted cree que no hemos protegido su privacidad y desea presentar una queja o el agravio, por favor llame o escriba al Oficial de Conformidad HIPAA de PCSD, P.O. Box 609001, San Diego, CA 92160, o llame 619-528-4600 o número de fax 619-528-4625. Si usted tiene un problema de audición o habla, puede llamar al 711 o Voz y TTY (teléfono de texto) 1 (800) 855-3000. Para información adicional llame a Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos al número 619-515-4243 o la Oficina para Derechos Civiles al número 1-877-696-6775.