

Notice of Privacy Practices

THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

If you have any questions about this notice, please contact the County Privacy Officer or the program staff where you receive services from the Napa County Health and Human Services Agency (the "Agency").

The contact information for the County Privacy Officer is on the last page of this notice.

WHO WILL FOLLOW THIS NOTICE

This notice describes our Agency's practices and that of:

- Any health care professional authorized to enter information into your Agency medical record.
- Any member of a volunteer group we allow to help you while you are a health care client of the agency.
- All employees, staff, and other Agency personnel in health care related departments.

All those identified above may share health information with each other for treatment, payment or health care operations purposes described in this notice.

OUR PLEDGE REGARDING HEALTH CARE INFORMATION

We understand that information about you and your health is personal. We are committed to protecting your health information. We create a record of the care and services you receive as a health care client of our Agency. We need this record to provide you with quality care and to comply with certain legal requirements. This notice applies to all of the records of your care generated by the Agency, whether made by Agency personnel, a provider or a business associate with whom we contract.

This notice will tell you about the ways in which we may use and disclose your health information. We also describe your rights and certain obligations we have regarding the use and disclosure of health information.

We are required by law to:

- Make sure that health information that identifies you is kept private (with certain exceptions);
- Give you this notice of our legal duties and privacy practices with respect to your health information, and follow the terms of the notice that is currently in effect;
- Notify you of any breaches of your health information.

Please contact the Compliance and Privacy Officer at (877) 237-7319 or by email at ComplianceOfficer@countyofnapa.org to request a copy of this notice in another language or format.

HOW WE MAY USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION ABOUT YOU

The following categories describe different ways that we use and disclose health information. For each category of uses or disclosures we will explain what we mean and try to give some examples. Not every use or disclosure in a category will be listed. However, all of the ways we are permitted to use and disclose information will fall within one of the categories.

For Treatment

We may use your health information to provide you with health treatment or services. We may disclose your health information to doctors, nurses, counselors, health care students, or other persons providing health services to you. For example, a doctor who is treating you may need to know if you have had a history of adverse side effects to a particular class of medication prior to prescribing a similar one. This information would be useful in selecting the most appropriate medication or course of treatment for you. Different programs of the agency may share your health information in order to coordinate the different things you need, such as prescriptions and lab work. We also may disclose your health information to people outside the agency who may be involved in your health, e.g., home health agencies or your private physician.

For the disclosure of your health information outside a particular Behavioral Health program, and for some Health programs, your authorization will always be obtained.

For Payment

We may use and disclose your health information to others for purposes of receiving payment for treatment and services that you receive. For example, a bill may be sent to you or a third-party payer, such as an insurance company or health plan. The information on the bill may contain information that identifies you, your diagnosis, and treatment or supplies used in the course of treatment.

For Health Care Operations

We may use and disclose your health information for operational purposes. These uses and disclosures are necessary to operate the agency and make sure that all of our health care clients receive quality care. For example, we may use health information to review our treatment and services and to evaluate the performance of our staff in caring for you. We may also combine health information about many agency health care clients to decide what additional services the agency should offer, what services are not needed, and whether certain new treatments are effective. We may also disclose information to doctors, nurses, counselors, health care students, and other Agency personnel for review and continuous quality improvement purposes. We may also combine the health information we have with health information from other agencies to compare how we are doing and see where we can make improvements in the care and services we offer.

Appointment Reminders

We may use your health information to contact you as a reminder that you have an appointment for treatment or health care at the agency.

Treatment Alternatives

We may use your health information to provide you with information about or recommend possible treatment options or alternatives that may be of interest to you.

Health-Related Products and Services.

We may use your health information to provide you with information about our health-related products or services that may be of interest to you.

Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care

We may disclose your health information to a friend, family member or other person you identify as being involved in your health care or who helps pay for your care. You may inform us verbally or in writing if you object to any such disclosures.

Research

We may disclose your protected health information to researchers when their research has been approved by our institutional review board that has reviewed the research proposal and established protocols to ensure the privacy of your protected health information.

As Required By Law

We may disclose your health information when required to do so by federal, state or local law. For example, the agency may disclose information for the following purposes:

- Court orders and court-ordered warrants;
- Subpoenas or summons issued by a court, grand jury, a governmental or tribal inspector general, or an administrative body authorized to require the production of information;
- A civil or an authorized investigative demand;
- Medicare conditions of participation relating to health care provider participation in the program;
- Statutes or regulations that require the production of information, including statutes or regulations that require such information if payment is sought under a government program providing public benefits.

To Avert A Serious Threat to Health or Safety

We may disclose your health information when necessary to prevent a serious and imminent danger of violence to your health and safety or the health and safety of the public or another person. Any disclosure, however, would only be to the target of the threat or to someone able to help prevent the threat.

Military and Veterans

If you are a member of the armed forces, we may disclose your health information as required by military command authorities. We may also disclose health information about foreign military personnel to the appropriate foreign military authority.

Workers' Compensation

We may disclose your health information for workers' compensation or similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illness.

Public Health Related Activities

We may disclose your health information for public health activities. These activities generally include the following:

- To prevent or control disease;
- To report the abuse or neglect of children, elders, and dependent adults;
- To report reactions to medications or problems with products;
- To notify people of recalls of products they may be using;
- To notify a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading a disease or condition.

Immunization Records

We may disclose your child's proof of immunization to their school, if State or other law requires the school to have such information prior to admitting your child as a student. We will obtain the parent's or guardian's authorization before making such a disclosure, though this may be done informally without a written authorization.

Victims of Abuse, Neglect or Domestic Violence

We may disclose your health information to a government authority if asked to do so by a law enforcement official and the disclosure is required by law, necessary to prevent serious harm to the individual or other potential victims, or if you agree. If such a disclosure is made, we will make every effort to promptly inform you, with certain exceptions.

Health Oversight Activities

We may disclose your health information to a health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include, for example, audits, investigations, inspections, and licensure. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights law.

Law Enforcement

We may disclose your health information if asked to do so by a law enforcement official:

- In response to a court order, subpoena, warrant, summons or similar process;
- To identify or locate a suspect, fugitive, material witness, or missing person;
- About the victim of a crime if, under certain limited circumstances, we are unable to obtain the person's agreement;
- About a death we believe may be the result of criminal conduct;

- About criminal conduct at the Agency;
- In emergency circumstances to report a crime, the location of the crime or victims, or the identity, description or location of the persons who committed the crime.

Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors

We may disclose your health information to a coroner or medical examiner. This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine the cause of death. We may also disclose your health information to funeral directors as necessary to carry out their duties.

Specialized Governmental Functions

We may disclose your health information to authorized federal officials for intelligence, counterintelligence, and other national security activities authorized by law.

We may disclose your health information to authorized federal officials so they may provide protection to the President, other authorized persons or foreign heads of state, or to conduct authorized investigations.

OTHER USES OF YOUR HEALTH INFORMATION

Other uses and disclosures of your health information not covered by this notice or the laws that apply to us will be made only with your written authorization. **Most uses and disclosures of psychotherapy notes, your health information for marketing purposes, and the sale of health information require your authorization.** If you provide us with authorization to use or disclose your health information, you may revoke that authorization, in writing, at any time. If you revoke your authorization, this will stop any further use or disclosure of your health information for the purposes covered by your written authorization, except if we have already acted in reliance on your authorization.

YOUR RIGHTS REGARDING YOUR HEALTH INFORMATION

You have the following rights regarding your health information that we maintain:

Right to Inspect and Copy

You have the right to inspect and copy your health information that is used to make decisions about your care. Usually, this includes health and billing records, but may not include some mental health information. This health information that we maintain is known as your designated record set.

To inspect and/or copy health information in your designated record set you must submit your request in writing on the Agency's **Inspect/Copy Request Form**. That form can be obtained from and submitted to the program or division of the Agency where you receive services. If you request a copy of the information, we may charge a fee for the costs of copying, mailing or supplies associated with your request. If we maintain any part of your designated record set in an electronic health record or other electronic format, you have the right to obtain copies of your information in electronic form unless the Agency is unable to readily produce the copies in the requested format, in which case we will give

you hard copies of the health information you have requested.

We may deny your request to inspect and copy in certain very limited circumstances. If you are denied access to your health information you may request that the denial be reviewed. Another licensed health care professional chosen by the Agency will review your request and the denial. The person conducting the review will not be the person who denied your request. We will comply with the outcome of the review.

Right to Amend

If you feel that your health information is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the record. You have the right to request an amendment for as long as the information is kept by or for the Agency.

To request an amendment, your request must be made in writing on the Agency's **Amendment Request Form**. This form can be obtained from and then submitted to the program or division of the Agency where you receive services. You must provide a reason that supports your request.

We may deny your request for an amendment if it is not in writing or does not include a reason to support the request. In addition, we may deny your request if you ask us to amend information that:

- Was not created by us, unless the person or entity that created the information is no longer available to make the amendment;
- Is not part of the medical information kept by or for the agency, i.e., not part of your medical record;
- Is not part of the information which you would be permitted to inspect and copy; or
- Is accurate and complete.

Even if we deny your request for amendment, you have the right to submit a written addendum, of reasonable length, with respect to any item or statement in your record you believe is incomplete or incorrect. If you clearly indicate in writing that you want the addendum to be made part of your medical record we will attach it to your records and include it whenever we make a disclosure of the item or statement you believe to be incomplete or incorrect. If you do not submit an addendum you may request that we provide, with any future disclosure, your request for amendment and our denial.

Right to an Accounting of Disclosures

You have the right to request an accounting of disclosures. This is a list of the disclosures we have made of your health information for reasons other than our own uses for treatment, payment and health care operations, (as those functions are described above), disclosures that you have authorized, and disclosures made more than six years prior to the date of your request.

To request this list or accounting of disclosures, you must submit your request in writing on the Agency's **Accounting of Disclosures Request Form**. This form can be obtained from and then submitted to the program or division of the Agency where you receive services. The first list you request within a 12-month period will be free. For additional lists, we will charge you for the costs of providing the list. We will notify you of the approximate cost involved and

you may choose to withdraw or modify your request at that time before any costs are incurred.

Right to Request Restrictions

You have the right to request a restriction of the use or disclosure of your health information to carry out treatment, payment or health care operations. We are not, however, required to agree to your request except if you request that we not disclose your health information to your health plan with respect to healthcare for which you have paid for in full out of pocket. If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency treatment.

To request a restriction, you must make your request in writing on the Agency's **Restricting Uses/Disclosures Request Form**. This form can be obtained from and then submitted to the program or division of the Agency where you receive services. In your request, you must tell us (1) what information you want to limit; (2) whether you want to limit our use, disclosure or both; and (3) to whom you want the limits to apply, for example, disclosures to your spouse.

Right to Request Confidential Communications

You have the right to request that we communicate with you about medical matters in a certain way or at a certain location. For example, you can ask that we only contact you at work or by mail. To request confidential communications, you must make your request in writing on the Agency's **Restricting Communications Request Form**. This form can be obtained from and then submitted to the program or division of the Agency where you receive services. We will not ask you the reason for your request and we will accommodate all reasonable requests. Your request must specify how or where you wish to be contacted.

Right to Receive Notice of a Breach

We will notify you of any breach of your unsecured protected health information.

Right to a Paper Copy of This Notice

You have the right to a paper copy of this notice. You may ask us to give you a copy of this notice at any time. Even if you have agreed to receive this notice electronically, you are still entitled to a paper copy of this notice. To obtain a paper copy of this notice contact the program or division of the Agency where you receive services.

CHANGES TO THIS NOTICE

We reserve the right to change this notice. We reserve the right to make the revised or changed notice effective for health information we already have about you as well as any information we receive in the future. We will post a copy of the current notice in the agency.

COMPLAINTS

If you believe your privacy rights have been violated you may file a complaint with the County Privacy Officer or the Secretary of the United States Department of Health and Human Services. To file a complaint with the County Privacy Officer please call (877) 237-7319 or by email at ComplianceOfficer@countyofnapa.org or address a written complaint to 2751 Napa Valley Corporate Drive, Napa, CA 94558. **You will not be penalized for filing a complaint.**

Please contact the Compliance and Privacy Officer at (877) 237-7319 or by email at ComplianceOfficer@countyofnapa.org to request a copy of this notice in another language or format.

Notificación de las normas de confidencialidad en la protección de los datos clínicos

POR MEDIO DE ESTA NOTIFICACIÓN SE LE EXPLICA CÓMO SE REVELAN Y ACCEDEN SUS DATOS CLÍNICOS. LÉALA COMPLETAMENTE Y CUIDADOSAMENTE, POR FAVOR.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de la información resumida en esta notificación, comuníquese con la Gerente de Privacidad del condado (cuyos datos de contacto vienen en la última página de esta notificación), o hable con alguien del personal de la Agencia de Salud Pública y Servicios Sociales (a continuación denominada «la agencia»).

¿QUIÉN DEBE CUMPLIR LAS NORMAS RESUMIDAS EN ESTA NOTIFICACIÓN?

Por medio de la presente se le notifica de las normas de confidencialidad vigentes en nuestra agencia, las cuales los siguientes trabajadores tienen que cumplir:

- Cualquier trabajador de los servicios de salud que tenga la autorización para recopilar e introducir los datos al expediente clínico que la agencia mantiene en su nombre.
- Cualquier miembro de un grupo de voluntarios que tenga el permiso de la agencia para ayudarle a usted como nuestro cliente.
- Todos el personal, los empleados y afiliados de la agencia que trabajan para la Salud Pública.

Las personas identificadas arriba pueden comunicar datos clínicos entre sí con el propósito de facilitar los tratamientos, pagos o servicios de salud resumidos en esta notificación.

NOS COMPROMETEMOS A PROTEGER LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS CLÍNICOS

Sabemos que sus datos clínicos son confidenciales y nos comprometemos a proteger la confidencialidad de ellos. Le abrimos un expediente para recopilar sus datos clínicos, los cuales incluyen los tratamientos que reciba como cliente de esta agencia de salud. Usamos el expediente para proporcionarle un tratamiento de alta calidad y para cumplir ciertos requisitos legales. Las normas resumidas en esta notificación rigen sobre todos los datos clínicos que esta agencia genere para proporcionarle tratamientos médicos, sin importar si son proporcionados por empleados de la agencia u otros proveedores o afiliados contratados.

Comuníquese con el Oficial de Cumplimiento y Privacidad al (877) 237-7319 o por correo electrónico a ComplianceOfficer@countyofnapa.org para solicitar una copia de esta notificación en otro idioma o formato.

Esta notificación le informara de las normas que seguimos cuando usamos o revelamos los datos clínicos de usted. Asimismo, le notificamos de los derechos que usted tiene y de algunas de nuestras obligaciones de proteger la confidencialidad de los datos clínicos cuando los usamos o los divulgamos a terceros. Por ley nos incumbe:

- Proteger la confidencialidad, con algunas excepciones, de los datos clínicos que se puedan usar para identificar a usted personalmente;
- Darle esta notificación de nuestras normas y obligaciones legales en el área de la confidencialidad de los datos clínicos;
- Informarle de cualquier violación de su información de salud.

¿DE QUÉ MANERA PODEMOS USAR Y REVELAR LOS DATOS CLÍNICOS DE USTED?

Los siguientes usos son típicos de las maneras en que usamos y revelamos sus datos clínicos. Con cada explicación viene un ejemplo para demostrar cómo se usan los datos. Estos ejemplos no abarcan todos los usos posibles; sin embargo, en los siguientes apartados se resumen todas las razones por las cuales se nos permite usar o revelar los datos clínicos:

Tratamiento

Se nos permite usar sus datos clínicos para poder proporcionarle los servicios y el tratamiento médico que usted necesite. Estamos autorizados para revelar sus datos clínicos a médicos, enfermeros, terapeutas, estudiantes de salud mental, y a otras personas que le proporcionen algún servicio sanitario a usted. Por ejemplo, antes de recetarle un medicamento, es posible que su médico necesite saber si usted ha experimentado efectos secundarios con medicamentos de ese tipo. Esa información le sería muy útil a la hora de decidir cuál medicina o tratamiento sería más apropiado para usted. Los varios programas dirigidos por esta agencia pueden intercambiar entre sí los datos clínicos de usted para facilitarle lo que necesita — por ejemplo, recetándole medicamentos o haciéndole análisis clínicos. Asimismo, podemos revelar sus datos clínicos a personas fuera de la agencia que estén cuidando su salud de alguna manera — por ejemplo, a su médico privado o a alguna empresa que le proporcione servicios de salud en su domicilio.

En el caso de revelar sus datos clínicos a terceros no afiliados con nuestros programas de tratamiento psicosocial —y, en algunos casos, incluso cuando los datos se revelan entre los empleados de nuestra propia agencia— siempre le pediremos a usted una autorización previa.

Pagos

Se nos permite usar y revelar sus datos clínicos a terceros para cobrar el pago de los tratamientos y servicios proporcionados a usted. Por ejemplo, es posible que se le envíe una factura a usted o a otra parte pagadora, como por ejemplo, una aseguradora o el proveedor de un plan de salud. Es posible que la factura misma contenga información que revele su identidad, su diagnóstico y los tratamientos o suministros médicos que se le

haya proporcionado en su tratamiento.

Operaciones Clínicas

Se nos permite usar y revelar sus datos clínicos en las operaciones de la agencia. Para que la agencia funcione y el cliente reciba servicios de salud adecuados, es preciso usar y revelar los datos clínicos. Por ejemplo, es posible que nos refiramos a sus datos clínicos para evaluar la calidad de los tratamientos y servicios que nuestros empleados le proporcionan a usted. También se nos permite recopilar y correlacionar los datos clínicos de varios clientes para determinar cuáles de los servicios contemplados sean necesarios y cuáles no, así como para evaluar la eficacia de nuevos tratamientos. También se nos permite revelar sus datos clínicos a los médicos, enfermeros, terapeutas, estudiantes que están haciendo prácticas clínicas, y a otros trabajadores de la agencia para realizar investigaciones continuas de la eficacia y calidad de nuestros servicios. Asimismo, se nos permite recopilar y correlacionar los datos clínicos mantenidos en nuestros archivos con los de otras agencias para evaluar la eficacia y el nivel de logro en los servicios prestados, también señalar las áreas que haya que mejorar.

Recordatorios de citas médicas

Se nos permite usar sus datos clínicos para comunicarnos con usted y darle un recordatorio de alguna cita médica o tratamiento que tenga concertada con nuestra agencia.

Tratamientos alternativos

Se nos permite usar sus datos clínicos para proporcionarle información o recomendarle otras opciones o tratamientos alternativos que puedan interesarle.

Suministros y servicios de salud

Se nos permite usar sus datos clínicos para darle información acerca de los productos o servicios de salud que le puedan interesar.

Personas que le proporcionan servicios a usted o procesan los pagos por los servicios

Podemos dar sus datos clínicos a un amigo, miembro de su familia u otra persona allegada a usted que tenga algo que ver con sus servicios de salud o los pagos por ellos. Usted puede informarnos verbalmente o por escrito si usted se opone a cualquier divulgación.

Investigación

Se nos permite usar sus datos clínicos protegidos para investigaciones clínicas, siempre y cuando una comisión de control internos haya revisado y aprobado la propuesta de la investigación y haya impuesto protocolos para garantizar la privacidad de sus datos clínicos.

Según lo dispuesto por la ley

Se nos permite revelar sus datos clínicos cuando las leyes federales, estatales o locales nos obligan hacerlo. Por ejemplo, la agencia puede revelar sus datos clínicos a propósito de:

- Órdenes o citatorios judiciales;
- Citatorios o notificaciones emitidas por un tribunal, gran jurado, por el inquisidor del gobierno o de una tribu, o por otro ente administrativo que tenga el poder de obligar que se revele dicha información;
- Un citatorio procedente de una acción civil o de una investigación oficial autorizada;
- Requisitos que el proveedor de servicios de salud tiene que reunir para poder aliarse con el programa de Medicare;
- Estatutos o normativas que obligan que se revele dicha información, entre ellos los estatutos y normativas que requieren dicha información cuando se pretende pagar los servicios a través de un programa de prestaciones subvencionado por el gobierno.

Para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad física

Se nos permite revelar sus datos clínicos cuando sea necesario para evitar una amenaza grave e inminente a la integridad física o médica de usted u otra persona, o del público. No obstante, nos limitaríamos a revelar los datos exclusivamente a las personas amenazadas o capacitadas para aminorar o prevenir la amenaza.

Militares y veteranos de guerra

Si usted es un activo o veterano de las fuerzas armadas, se nos permite revelar sus datos clínicos cuando así lo requieren las autoridades de mando militar. Asimismo, se nos permite revelar los datos clínicos de los activos y veteranos de ejércitos extranjeros al correspondiente mando militar en el extranjero.

Indemnización laboral (Workers' Compensation)

Se nos permite revelar sus datos clínicos a los programas de indemnización laboral (Workers' Compensation) o similares. Estos programas dan ayuda por las lesiones o enfermedades ocurridas en el trabajo.

Actividades relacionadas con la salud pública

Se nos permite revelar sus datos clínicos cuando en relación con algunas actividades de la salud pública. Por lo general, estas revelaciones tienen que ver con las siguientes actividades:

- Prevención o control de enfermedades;
- Denuncias por el abuso y descuido de niños, personas mayores de edad o adultos dependientes;
- Avisos sobre los efectos secundarios de algún medicamento o defectos en

productos similares;

- Notificaciones al público sobre el retiro del mercado de algún producto que se esté usando;
- Avisos a quienes podrían haber sido expuestos a una enfermedad contagiosa o podrían estar en peligro de contraer o propagar una enfermedad.

Registros de Vacunación

Podemos divulgar comprobante de vacunación de su hijo/a a la escuela, si el Estado u otra ley requieren que la escuela tenga la información antes de admitir a su hijo como un estudiante.

Obtendremos la autorización del padre/madre o tutores antes de hacer tal divulgación, sin embargo esto puede hacerse informalmente sin una autorización por escrito.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica

Se nos permite revelar sus datos clínicos a las autoridades públicas cuando lo pide un agente u oficial del orden público según lo dispuesto por la ley para evitar que se causen daños graves a una persona u otras posibles víctimas, o cuando usted mismo/a expresa su conformidad con dicha revelación. Si se revelan los datos suyos, haremos todo lo posible —con ciertas excepciones— para darle el oportuno aviso.

Control de calidad en los servicios de salud

Por ley se nos permite revelar sus datos clínicos a las agencias del gobierno que mantienen el control sobre la calidad en los servicios de salud pública cuando estos datos se usan para medir la calidad de dichos servicios: por ejemplo, el control de calidad abarca auditorias, investigaciones, inspecciones y el otorgamiento de licenciaturas, siendo éstas funciones necesarias para supervisar las operaciones del sistema de salud pública y los programas subvencionados por el estado, además de garantizar la defensa de los derechos civiles en los mismos.

Agencias del Orden Público

Se nos permite revelar sus datos clínicos a los agentes del orden público para:

- Responder a una orden judicial, citatorio, orden de arresto, notificación legal o proceso similar;
- Identificar o localizar a un sospechoso, prófugo, desaparecido o testigo de hechos esenciales en una causa;
- Dar información acerca de la víctima de un delito si —dadas ciertas condiciones— no conseguimos obtener el consentimiento de la víctima;
- Proporcionar datos sobre una muerte que sospechamos ser producto de un crimen;
- Dar información acerca de actividades ilícitas en nuestra Agencia;
- Denunciar un delito en casos de emergencia, describiendo el lugar de los sucesos, la ubicación de las víctimas, la identificación, paradero, o descripción del delincuente o agresor.

Médicos forenses, investigadores, y los directores de tanatorios

Se nos permite revelar sus datos clínicos a los médicos forenses y investigadores cuando, por ejemplo, sea necesario para comprobar la identidad de un fallecido o determinar la causa de su muerte. Asimismo, revelar sus datos clínicos a los directores de centros funerarios con el fin de ayudarles a realizar sus funciones.

Funciones del gobierno especializadas

Se nos permite revelar sus datos clínicos a los funcionarios del gobierno federal cuando los necesitan usar para la inteligencia, contra-inteligencia u otras funciones de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Se nos permite revelar sus datos clínicos a los funcionarios del gobierno federal para ayudarles a proteger al presidente u otros jefes del estado o funcionarios extranjeros, o para ayudarles a llevar a cabo investigaciones autorizadas.

OTROS USOS DE SUS DATOS CLÍNICOS

Cualquier uso o revelación de sus datos clínicos no resumido en la presente notificación o que no se nos permita por ley, requerirá su consentimiento por escrito. La mayoría de los usos y divulgación de notas de psicoterapia de su información clínica para propósitos de mercadeo y la venta de información clínica requieren de su autorización. Luego de darnos la autorización de usar o revelar sus datos clínicos, se le reserva a usted el derecho de revocar, por escrito, dicha autorización. Al revocarse, no se revelarán más datos clínicos de usted según las instrucciones resumidas en la autorización; sin embargo, quedarán en pie cualquier uso o revelación que se hiciese previamente basándose en las instrucciones de la autorización original.

SUS DERECHOS EN EL ÁREA DE LOS DATOS CLÍNICOS

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a los datos clínicos que mantenemos por parte de usted:

Derecho de inspeccionar y copiar el expediente

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar los datos clínicos usados para tomar decisiones que influyan en los tratamientos médicos que usted reciba. Por lo general, dichos datos incluyen información financiera y médica, quedando exentos otros datos de salud mental. Esta información de salud que mantenemos es conocida como su grupo designado de registro.

Para inspeccionar y/o copiar los datos clínicos en su grupo designado de registro usted debe llenar y entregar a nuestra agencia el formulario llamado «**Inspect/Copy Request Form**» Se puede obtener y entregar dicho formulario en la misma clínica o el mismo programa o gabinete de la agencia donde usted suele recibir sus servicios de salud mental.

Si usted pide que le hagan una copia de sus datos médicos, es posible que la agencia le cobre una cuota para compensar el costo de producir y enviar las copias, entre otros gastos incurridos. Si nosotros mantenemos cualquier parte de su grupo designado de registro en un archivo electrónico o cualquier otro formato electrónico, usted tiene el derecho de obtener copias de su información en forma electrónica a menos que la Agencia no es capaz de producir fácilmente las copias en el formato pedido, en tal caso, le daremos una copia impresa de la información clínica que a solicitado. En ciertas circunstancias muy limitadas se nos permite rechazar una solicitud de inspeccionar o copiar los datos clínicos. Si no le permitimos acceder a sus datos clínicos, usted podrá solicitar que se revise las razones por las cuales su solicitud fue rechazada. En dicho caso, la agencia designaría a otro psicólogo licenciado u otro psiquiatra para revisar su solicitud y estudiar por qué la solicitud fue rechazada. El revisor de la solicitud no sería la misma persona que la rechazó en la primera instancia. Nuestra agencia se conformará con las conclusiones y recomendaciones de esta segunda revisión.

Su derecho de enmendar el expediente médico

Si usted cree que sus datos clínicos son incorrectos o incompletos, tiene el derecho de pedir que se enmiende el expediente. Se le reserva este derecho de enmendar siempre que los datos se mantengan en custodia de nuestra agencia o de parte de ella en otro lugar.

Se piden enmiendas llenando y entregando a nuestra agencia el formulario llamado «**Amendment Request Form**». Se puede obtener y entregar dicho formulario en el mismo programa o gabinete de la agencia donde se le proporcionan los servicios de salud. En la solicitud usted tendría que explicar por qué cree que se debe enmendar su expediente.

Tenemos la opción de rechazar su *Solicitud para Enmendar* si no se nos entrega por escrito o si no hace constancia de las razones por las cuales se piden las enmiendas indicadas. Además, podemos denegar la solicitud si los datos que se pretende enmendar:

- No fueron generados por nosotros, a menos que la persona o el ente que los generó ya no se encuentra disponible para enmendarlos;
- No son parte de los datos clínicos mantenidos en nuestra agencia o por parte de ella; es decir, que no forman parte del expediente médico de usted;
- No son parte de los datos que, por derecho, usted podría inspeccionar o copiar;
- Ya son datos verídicos y completos

Aún se le rechazara la *Solicitud para Enmendar*, usted tendría el derecho de entregarnos una adenda por escrito, que sea de una longitud razonable y que se trate de cualquier dato o aseveración en su expediente que usted considere incompleto o incorrecto. Si usted nos explica claramente y por escrito que desea que la adenda sea agregado a su

expediente médico, la ficharemos como un anexo adjunto y la citaremos siempre que revelemos el dato o aseveración en cuestión. Si no nos entrega una adenda, en su defecto puede pedirnos que una copia de la *Solicitud para Enmendar* y la denegación de la misma se adjunten a cualquier revelación futura de los datos en cuestión que hagamos.

Derecho de obtener un resumen de las revelaciones realizadas

Usted tiene derecho de solicitar un extracto de las revelaciones que se hayan hecho. Éste sería un resumen de las ocasiones en que hemos revelado sus datos clínicos en casos que no tuvieron que ver con las revelaciones autorizadas por usted mismo, ni con las funciones internas de nuestra agencia en las áreas de tratamiento, pago u operaciones (véanse los apartados anteriores que resumen dichas funciones internas) y revelaciones hechas hace más de seis años antes de la fecha que se pidió.

Para solicitar un extracto de las revelaciones realizadas hasta la fecha, se debe llenar y entregar a esta agencia el formulario llamado «**Accounting of Disclosures Request Form**» («Solicitud para un Extracto de las Revelaciones de los Datos Clínicos»). Se puede obtener y entregar dicho formulario en el mismo programa o gabinete de la agencia donde se le proporcionan los servicios de salud. Cada 12 meses el primer extracto que solicite le saldrá gratis. Si pide más de un extracto en el periodo de 12 meses, le cobraremos una cuota por el trámite. Le avisaríamos de los gastos y tendría usted la opción de cancelar o modificar su solicitud antes de que incurriese gasto alguno.

Derecho de solicitar que se restrinjan los datos clínicos

Usted tiene el derecho de solicitar que se restrinjan los datos clínicos que usamos o revelamos en su tratamiento, o en el pago u operaciones. **No obstante, nosotros no tenemos la obligación de aceptar su solicitud** a menos que solicite que no divulguemos su información clínica a su plan de seguro médico con respecto a cuidado médico que haya pagado en totalidad de su bolsillo. En caso de consentir, honraríamos su deseo salvo en situaciones de emergencia cuando seríamos necesario proporcionarle tratamientos de emergencia.

Para solicitar que se restrinjan los datos clínicos, se debe llenar y entregar a esta agencia el formulario llamado «**Restricting Uses/Disclosures Request Form**» («Solicitud para Restringir los Usos y Las Revelaciones de los Datos Clínicos»). Se puede obtener y entregar dicho formulario en el mismo programa o gabinete de la agencia donde se le proporcionan los servicios de salud. En su solicitud debe indicarnos: (1) cuáles son los datos que desea excluir; (2) si lo que desea excluir es el uso o la revelación de datos, o ambos (3) a quién prohibir el acceso a los datos; por ejemplo, prohibiendo que se le revelen a su cónyuge.

Derecho de solicitar la confidencialidad en las comunicaciones

Usted tiene el derecho de pedirnos que le comuniquemos los asuntos médicos de cierto modo o en cierto lugar preferible. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted únicamente en el trabajo o por correo. Para solicitar la confidencialidad en las comunicaciones se debe llenar y entregar a esta agencia el formulario llamado «**Restricting Communications Request Form**» («Solicitud para Restringir las Comunicaciones»). Se puede obtener y entregar dicho formulario en el mismo programa o gabinete de la agencia donde se le proporcionan los servicios de salud. No le preguntaremos las razones y haremos todo lo posible para respetar las solicitudes razonables. En la solicitud se debe especificar la forma en que, o el lugar donde, desea que nos comuniquemos.

Derecho a recibir una notificación de incumplimiento

Le notificaremos de cualquier violación de su información clínica protegida.

Derecho de recibir una copia impresa de la presente notificación

Usted tiene el derecho de recibir una copia impresa de la presente notificación. Puede pedírnosla en cualquier momento. Aunque haya consentido a recibir esta notificación por correo electrónico, usted tiene el derecho de pedir y obtener una copia impresa de la misma. Para obtener una copia impresa de esta notificación, comuníquese con el personal del programa o gabinete de la agencia donde se le proporcionan los servicios de salud.

ENMIENDAS A ESTA NOTIFICACIÓN

Se nos reserva el derecho de enmendar la presente notificación. Nos reservamos el derecho de poner en vigor la versión enmendada, aplicándola a cualesquiera datos clínicos suyos que mantengamos en la actualidad o que recibamos en un futuro. Expondremos una copia de la presente notificación en las instalaciones de nuestra agencia.

QUEJAS Y RECLAMACIONES

Si usted cree que le han infringido sus derechos de privacidad, presente una queja o reclamación al **Napa County Privacy Officer** (Gerente de Privacidad del Condado de Napa) o al Secretario del Ministerio de Salud Pública y Servicios Sociales de los Estados Unidos (Secretary of the United States Department of Health & Human Services). Para hacer una queja ante el Oficial de privacidad del condado, llame al (877) 237-7319 , envíe un correo electrónico a ComplianceOfficer@countyofnapa.org o envíe una queja por escrito a 2751 Napa Valley Corporate Drive, Napa, CA 94558. **Usted no será penalizado por presentar una queja.**

Comuníquese con el Oficial de Cumplimiento y Privacidad al (877) 237-7319 o por correo electrónico a ComplianceOfficer@countyofnapa.org para solicitar una copia de esta notificación en otro idioma o formato.