



HIPAA

# Notice of Privacy Practices

**Your Information.**

**Your Rights.**

**Our Responsibilities**

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information.

**Please review it carefully.**

# Your Rights

When it comes to your health information, you have certain rights. This section explains your rights and some of our responsibilities to help you.

---

## Get an electronic or paper copy of your medical record

- You can ask to see or get an electronic or paper copy of your medical record and other health information we have about you. Ask us how to do this.
  - We will provide a copy or a summary of your health information, usually within 30 days of your request. We may charge a reasonable, cost-based fee.
- 

## Ask us to correct your medical record

- You can ask us to correct health information about you that you think is incorrect or incomplete. Ask us how to do this.
  - We may say “no” to your request, but we’ll tell you why in writing within 60 days.
- 

## Request confidential communications

- You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address.
  - We will say “yes” to all reasonable requests.
- 

## Ask us to limit what we use or share

- You can ask us **not** to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations.
  - We are not required to agree to your request, and we may say “no” if it would affect your care.
- If you pay for a service or health care item out-of-pocket in full, you can ask us not to share that information for the purpose of payment or our operations with your health insurer.
  - We will say “yes” unless a law requires us to share that information.

# Your Rights

## **Get a list of those with whom we've shared information**

- You can ask for a list (accounting) of the times we've shared your health information for six years prior to the date you ask, who we shared it with, and why.
  - We will include all the disclosures, except for those about treatment, payment, and health care operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make). We'll provide one accounting a year for free, but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.
- 

## **Get a copy of this privacy notice**

- You can ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. We will provide you with a paper copy promptly.
- 

## **Choose someone to act for you**

- If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information.
  - We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.
- 

## **File a complaint if you feel your rights are violated**

- You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us using the information on the back page.
- You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- We will not retaliate against you for filing a complaint.

# Your Choices

For certain health information, you can tell us your choices about what we share. If you have a clear preference for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions.

---

**In these cases, you have both the right and choice to tell us to:**

- Share information with your family, close friends, or others involved in your care.
- Share information in a disaster relief situation.
- Include your information in a hospital directory.

*If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.*

---

**In these cases we never share your information unless you give us written permission**

- Marketing purposes.
  - Sale of your information.
  - Most sharing of psychotherapy notes.
- 

**In the case of fundraising:**

- We may contact you for fundraising efforts, but you can tell us not to contact you again.

# Our Uses and Disclosures

## How do we typically use or share your health information?

We typically use or share your health information in the following ways.

---

### Treat You

- We can use your health information and share it with other professionals who are treating you.

*Example:* A doctor treating you for an injury asks another doctor about your overall health condition.

---

### Run our organization

- We can use and share your health information to run our practice, improve your care, and contact you when necessary.

*Example:* We use health information about you to manage your treatment and services.

---

### Bill for your services

- We can use and share your health information to bill and get payment from health plans or other entities.

*Example:* We give information about you to your health insurance plan so it will pay for your services.

---

*continued on next page*



# Our Uses and Disclosures

**How else can we use or share your health information?** We are allowed or required to share your information in other ways - usually in ways that contribute to the public good, such as public health and research. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for these purposes. For more information see [www.hhs.gov/orr/privacy/hipaa/understanding/consumers/oindex.html](http://www.hhs.gov/orr/privacy/hipaa/understanding/consumers/oindex.html).

---

## **Help with public health and safety issues**

- We can share health information about you for certain situations such as:
  - Preventing disease
  - Helping with product recalls
  - Reporting adverse reactions to medications
  - Reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence
  - Preventing or reducing a serious threat to anyone's health or safety

---

## **Do research**

- We can use or share your information for health research.

---

## **Comply with the law**

- We will share information about you if state or federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we're complying with federal privacy law.

---

## **Respond to organ and tissue donation requests**

- We can share health information about you with organ procurement organizations.

*continued on next page*

# Our Uses and Disclosures

---

## **Work with a medical examiner or funeral director**

- We can share health information with a coroner, medical examiner, or funeral director when an individual dies.

---

## **Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests**

- We can use or share health information about you:
  - For workers' compensation claims
  - For law enforcement purposes or with a law enforcement official
  - With health oversight agencies for activities authorized by law
  - For special government functions such as military, national security, and presidential protective services

---

## **Respond to lawsuits and legal actions**

- We can share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.
-

# Our Responsibilities

---

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.
- We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.
- We must follow that duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.

For more information see: [www.hhs.gov/orc/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/orc/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

---

## Changes to the Terms of This Notice

We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be available upon request, in our office, and on our web site.

---

**This Notice of Privacy Practices applies to the following organization:**



1111 Sonoma Avenue,  
Santa Rosa, CA 95405  
T: (707) 544-4611 F: (707) 544-6835

**Effective Date of Notice: Wednesday, December 18, 2017**



HIPAA

# Notificación de Prácticas de Privacidad

**Su información.**

**Sus derechos.**

**Nuestras responsabilidades**

Esta notificación describe cómo puede utilizarse  
y divulgarse su información médica, y cómo  
puede acceder usted a esta información.

**Revísela con cuidado.**

# Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

---

## Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
  - Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.
- 

## Solicitar que corrijamos su historial médico

- Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
  - Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.
- 

## Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
  - Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.
- 

## Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

# Sus derechos

## Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

## Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

## Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

## Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

# Sus opciones

## Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

---

**En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:**

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

---

**En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:**

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.
- 

**En el caso de recaudación de fondos:**

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.



# Nuestros usos y divulgaciones

## Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica?

Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

---

### Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

**Ejemplo:** Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

---

### Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

**Ejemplo:** Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

---

### Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

**Ejemplo:** Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

---

*continúa en la próxima página*

# Nuestros usos y divulgaciones

## ¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

---

### Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
  - Prevenición de enfermedades.
  - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
  - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
  - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
  - Prevenición o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

---

### Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

---

### Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

---

### Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

*continúa en la próxima página*



# Nuestros usos y divulgaciones

---

## **Trabajar con un médico forense o director funerario**

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

---

## **Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

- Podemos utilizar o compartir su información médica:  
En reclamos de compensación de trabajadores.
  - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
  - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
  - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

---

## **Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.
-

# Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

## Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

**Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones:**



1111 Sonoma Avenue,  
Santa Rosa, CA 95405  
T: (707) 544-4611 F: (707) 544-6835

**Fecha efectiva de la notificación: Wednesday, December 18, 2017**

## Reconocimiento del aviso de privacidad

La privacidad de su información de salud protegida es muy importante para nosotros. Hemos proporcionado con una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad. En él, se describe cómo su información de salud será manejada en varias situaciones. Nosotros pedimos que firme este formulario para reconocer que ha recibido una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Esto incluye la situación en la que su primera fecha de servicio se produjo vía electrónica.

Si su primera fecha de servicio con nosotros fue debido a una emergencia, vamos a tratar de darle esta cuenta y obtener su firma confirmando la recepción de esta notificación tan pronto como sea posible después de la emergencia.

He recibido el Aviso de Privacidad.

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Sólo para uso de oficina:*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Se intentó obtener acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de oficina Prácticas de privacidad, sin embargo, el reconocimiento podría no obtenerse debido a:

- El paciente se negó a firmar
- Paciente barrera de comunicación
- Situación de emergencia

Completado por:

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Título

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

## Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices

---

The privacy of your protected health information is important to us. We have provided you with a copy of our Notice of Privacy Practices. It describes how your health information will be handled in various situations. We ask that you sign this form to acknowledge you received a copy of our Notice of Privacy Practices. This includes the situation where your first date of service occurred electronically.

If your first date of service with us was due to an emergency, we will try to give you this notice and get your signature acknowledging receipt of this notice as soon as we can after the emergency.

I have received the Privacy Notice.

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

***For Office Use Only:***

Patient Name: \_\_\_\_\_

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our office Notice of Privacy Practices, however, acknowledgement could not be obtained due to:

- Patient refused to sign
- Patient communication barrier
- Emergency Situation

Completed by:

\_\_\_\_\_  
Employee Signature

\_\_\_\_\_  
Title

\_\_\_\_\_  
Date