WomanHaven, Centro de Soluciones Familiares
Programa de Bienestar
Aviso de Prácticas de Privacidad

Fecha de vigente: 09/23/2026
Fecha de revisión:

Este Aviso describe:

- Cómo se puede usar y divulgar la información médica
- Cómo puede obtener acceso a esta información
- Sus derechos con respecto a su información de salud
- Cómo presentar una queja relacionada con una violación de la privacidad o seguridad de su información de salud, o de sus derechos con respecto a su información

Usted tiene derecho a recibir una copia de este Aviso (en formato impreso o electrónico) y comentarlo con el Coordinador del Programa de Bienestar al 760-337-3915 si tiene alguna pregunta.

El Programa de Bienestar en WomanHaven, Centro de Soluciones Familiares están comprometidos a proteger su información de salud. La información de salud que creamos y mantenemos se conoce como información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés). PHI se refiere a cualquier información que creamos o recibimos que lo identifica a usted y que está relacionada con su salud o con el pago de servicios. La ley federal y estatal nos exige proteger su información de salud.

La ley nos exige proporcionarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI. Este Aviso explica cómo podemos usar y compartir legalmente su PHI. También describe sus derechos relacionados con la privacidad de su PHI.

Usos y divulgaciones de su información de salud protegida

¿Cómo usamos o compartimos su Información de Salud Protegida (PHI)?
Usaremos y compartiremos su PHI según se describe en las categorías que se indican a continuación. No todos los usos o divulgaciones están enumerados; sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y compartir su PHI se encuadrarán dentro de una de estas categorías.

Tratamiento: Podemos usar y compartir su PHI para proporcionar, coordinar o manejar su atención médica. Podemos compartir su PHI con nuestros médicos, enfermeras, terapeutas, personal de tratamiento, personal de apoyo de programas y otro personal de atención médica que esté involucrado en su cuidado. También podemos compartir información sobre salud mental fuera de nuestra instalación con otros proveedores de tratamiento si ellos también son responsables de su bienestar médico o psicológico.

Pago: Podemos usar o compartir su PHI para cobrar y recibir el pago por los servicios que se le brindan. Con fines de cobro y pago, podemos divulgar su PHI a su método de pago, incluyendo su seguro o plan de atención administrada, Medi-Cal, Medicare u otro pagador tercero. También podemos informarles sobre el tratamiento que planeamos proporcionar para obtener aprobación previa.

Operaciones de Atención Médica: Podemos usar o divulgar su PHI para fines administrativos o comerciales, como acciones de control y mejora de calidad, revisión de la capacidad y credenciales de los profesionales de salud, revisiones médicas, servicios legales, auditorías y propósitos administrativos generales. Por ejemplo, podemos usar su PHI para revisar nuestros tratamientos y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en su atención.

Asociados Comerciales: Podemos compartir su PHI con nuestros asociados comerciales para que realicen el trabajo que les hemos encargado. Algunos de los servicios proporcionados por nuestros asociados comerciales incluyen servicios de cobro, empresas de almacenamiento de registros o asesores legales o contables. Para proteger su PHI, tenemos contratos por escrito con nuestros asociados comerciales que les obliga a proteger su información.

Intercambio de Información de Salud: Participamos en intercambios de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés), donde podemos compartir su PHI, según lo permita la ley, con otros proveedores o entidades de atención médica para la coordinación de su cuidado. Esto permite que los proveedores de diferentes instituciones que participan en su tratamiento tengan la información necesaria para atenderlo. Algunos tipos de su PHI, como ciertos registros de trastornos por uso de sustancias, no se compartirán con los participantes del HIE a menos que usted autorice dichas divulgaciones.

Si no desea que compartamos su PHI con los participantes del HIE, puede optar por no participar completando un formulario de exclusión y enviándolo a WellnessDept@womanhaven.org o a WomanHaven, Centro de Soluciones Familiares, Attn: Coordinador del Programa de Bienestar, P.O. Box 2219, El Centro, CA 92244. El formulario de exclusión puede obtenerse en nuestras instalaciones o llamando al (760) 337-3915**.** Optar por no participar evita que compartamos su información con otros proveedores de atención médica a través del HIE; pero no impide que otros proveedores compartan su información con nosotros, ni evita que un proveedor que ya recibió su información la conserve. Puede optar por no participar en cualquier momento; sin embargo, esto puede limitar la rapidez con la que otros proveedores que participan en su cuidado reciban información médica importante.

Recordatorios de Citas: Podemos usar y compartir su PHI para contactarlo como recordatorio de que tiene una cita en una de nuestras instalaciones, ya sea por correo postal, teléfono, correo electrónico o mensajes de texto.

A Personas Involucradas en Su Cuidado o Pago de Su Cuidado: A menos que usted se oponga, podemos compartir su PHI a un familiar, pariente, amigo cercano u otra persona involucrada en su atención médica o en el pago de su atención médica, le daremos la oportunidad de oponerse a que divulguemos su PHI y usted no presenta objeción. Si en el momento en que le demos la oportunidad de aceptar u oponerse usted no puede hacerlo, podemos determinar, con base en nuestro criterio profesional, que es en su mejor interés compartir su PHI, por ejemplo, si usted esta incapacitado o durante una emergencia.

Para la Atención de Emergencias: Podemos compartir su PHI a una organización que esté ayudando en un desastre, de modo que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.

Le daremos la oportunidad de aceptar o rechazar esta divulgación, a menos que determinemos que necesitamos compartir su PHI para responder a la emergencia.

Supervisión de la salud: Podemos compartir su PHI a una agencia de supervisión de la salud para los fines permitidos por la ley. Por ejemplo, podemos compartir su PHI para auditorías, investigaciones o inspecciones.

Investigación: Podemos compartir su PHI para fines de investigación si está aprobado por un Comité de Revisión Institucional (Institucional Review Board, IRB, por sus siglas en inglés). Un Comité de Revisión Institucional es un comité responsable de revisar la propuesta de investigación y establecer protocolos para garantizar la privacidad de su PHI.

Fines de Salud Pública: Podemos compartir su PHI para actividades de salud pública. Esto generalmente incluye informar a autoridades de salud pública o agencias gubernamentales sobre ciertas enfermedades, lesiones, padecimientos y eventos exigidos por la ley.

Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica: Podemos compartir su PHI a otras agencias gubernamentales para reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo compartiremos esta información si usted está de acuerdo, si la ley nos obliga a hacerlo, o cuando sea necesario para proteger a alguien de un daño grave.

Demandas Judiciales y Acciones Legales: Podemos compartir su PHI en respuesta a una orden judicial, citación u otra demanda legal.

Aplicación de la Ley: Bajo ciertas condiciones, podemos compartir su PHI con fines de aplicación de la ley, incluyendo responder a una orden judicial, según sea necesario, para localizar o identificar a un testigo o persona desaparecida; reportar heridas o lesiones físicas sospechosas; o en relación con la víctima de un crimen.

Según lo Exija la Ley: Podemos compartir su PHI cuando la ley federal, estatal o local nos lo requiera.

Forenses, Médicos Forenses, directores de Funerarias e Información sobre Personas Fallecidas: Cuando la ley lo requiera, su PHI puede ser proporcionada a un forense o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos compartir PHI limitada a una funeraria.

Para Prevenir una Amenaza Seria a la Salud o Seguridad: Podemos usar y compartir cierta información sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o a la salud y seguridad de otros, en la medida que lo exijan o permitan las leyes federales, estatales o locales.

Fuerzas Militares y Funciones Especiales del Gobierno: Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, podemos compartir su PHI según lo exijan las autoridades militares o el Departamento de Asuntos para Veteranos. También podemos compartir su PHI a funcionarios federales cuando sea necesario para actividades de inteligencia nacional o para la protección del presidente.

Programas Gubernamentales para Beneficios Públicos: Podemos usar y compartir su PHI para ayudarlo a calificar para programas de beneficios gubernamentales como Medicare, Medi-Cal, Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) u otros beneficios o servicios. También podemos contactarlo para informarle sobre posibles opciones de tratamiento o beneficios o servicios relacionados con la salud.

Conjunto de Datos Limitado: Podemos utilizar su PHI para crear un conjunto de datos limitados al eliminar información que lo identifique. Podemos usar y compartir un conjunto de datos limitado únicamente con fines de investigación, salud pública u operaciones de atención médica, y cualquier tercero que reciba un conjunto de datos limitado debe firmar un acuerdo para proteger su información de salud.

Uso de Comunicaciones Electrónicas No Seguras: Si elige contactarnos a través de métodos no seguros, como el correo electrónico regular, podemos responder usando el mismo método y a la misma dirección de correo electrónico que nos proporcionó. Podemos usar estas direcciones de correo electrónico para enviar recordatorios de citas u otra información general. Para su conveniencia, estos mensajes pueden enviarse sin medidas de seguridad.
Tenga en cuenta que las comunicaciones no seguras tienen riesgos, incluyendo intercepción, entrega incorrecta, cuentas compartidas, reenvío o almacenamiento en dispositivos no seguros. Al usar estos métodos, usted reconoce y acepta estos riesgos.

Otros Usos y Divulgaciones

Excepto lo descrito en este Aviso, o según lo permita la ley estatal o federal, no usaremos ni compartiremos su PHI sin su autorización por escrito. La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia y la mayoría de los usos y divulgaciones con fines de mercadotecnia entran en esta categoría. Además, con ciertas excepciones limitadas, no se nos permite vender ni recibir nada de valor a cambio de su PHI sin su autorización por escrito.
Si nos proporciona autorización para usar o compartir su PHI, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento; sin embargo, esta revocación no se aplicará a los usos y divulgaciones realizados basados en su autorización inicial.

Notificación de Violación de Seguridad

En caso de una violación de su PHI no protegida, le notificaremos sobre las circunstancias de la violación, por ejemplo, cuando alguien no autorizado vea su información o cuando su PHI se pierda o sea robada accidentalmente. También informaremos estos incidentes a las autoridades estatales y federales, y es posible que necesitemos usar su PHI para hacerlo.

Sus Derechos Respecto a Su Información de Salud Protegida

En lo que respecta a su información de salud, usted tiene ciertos derechos.
Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico	• Usted puede solicitar ver o recibir una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. • Puede solicitar una copia o un resumen de su expediente médico presentando su solicitud por escrito utilizando un formulario de Solicitud de Acceso a Registros. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos. • Podemos negar su solicitud de acceso o de recibir una copia de su expediente médico. Si esto ocurre, le proporcionaremos por escrito las razones de la negación y le explicaremos su derecho, si lo tiene, a que se revise dicha negación.

Solicitar la corrección de su expediente médico	• Usted puede solicitar corregir su expediente médico que considere incorrecta o incompleta. • Puede solicitar la corrección de su expediente medico enviando una solicitud por escrito utilizando un formulario de Solicitud de Enmienda de Información de Salud Protegida. • Si negamos su solicitud, le proporcionaremos una razón por escrito.
Solicitar comunicaciones confidenciales	• Usted puede solicitarnos que lo contactemos de manera específica. Por ejemplo, puede pedir que solo lo contactemos en su trabajo o por correo a un apartado postal. • Puede solicitar comunicaciones confidenciales presentando su solicitud por escrito utilizando un formulario de Solicitud para Recibir Comunicaciones Confidenciales por Medios o Ubicaciones Alternativas.
Solicitar que limitemos el uso o la divulgación de su información	• Usted puede solicitarnos **que no** usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos negarla si afectara su atención. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud, a menos que la información sea necesaria para brindarle atención de emergencia. • Si paga un servicio de su propio bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con su aseguradora de salud con fines de pago o para nuestras operaciones. Aprobaremos esta solicitud a menos que una ley nos obligue a compartir dicha información. • Puede solicitar una restricción presentando su solicitud por escrito utilizando un formulario de Solicitud de Restricción Especial sobre el Uso o Divulgación de Información de Medica Protegida.
Obtener una lista de las personas o entidades con las que hemos compartido su información	• Usted puede solicitar una lista de las ocasiones en que hemos compartido su información de salud durante seis años previos a la fecha de su solicitud, a quién la compartimos y por qué. • Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas con tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos haya solicitado realizar). Proporcionaremos un informe de cuentas al año de manera gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en costos si solicita otro dentro de los 12 meses siguientes.

	• Puede solicitar esta lista presentando su solicitud por escrito utilizando un formulario de Solicitud de Informe de Divulgaciones.
Obtener una copia de este aviso de privacidad	• Usted puede solicitar una copia en papel de este Aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de manera inmediata. • También está disponible una copia electrónica de este Aviso en www.womanhaven.org
Elegir a alguien para que actúe en su nombre	• Si usted ha otorgado un poder médico a alguien o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. • 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 han violado sus derechos	• Usted puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose al (760) 337-3915. • También puede presentar una queja directamente ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. • No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Nuestras Responsabilidades

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su PHI. Le informaremos de manera inmediata si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.

Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este Aviso y proporcionarle una copia de este. No usaremos ni compartiremos su información más allá de lo descrito aquí, a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento; infórmenos por escrito si decide hacerlo.

Cambios a Este Aviso

Podemos cambiar este Aviso cuando la ley o nuestras prácticas cambien. Nos reservamos el derecho de hacer que el Aviso revisado o modificado sea efectivo tanto para la PHI que ya tenemos sobre usted como para cualquier información que recibamos en el futuro. Usted no recibirá automáticamente un nuevo Aviso. Si cambiamos este Aviso, publicaremos el Aviso revisado en nuestras instalaciones y en nuestro sitio web (www.womanhaven.org). También puede obtener cualquier Aviso revisado visitando cualquiera de nuestras instalaciones o llamando al (760) 337-3915.

Cómo presentar una queja

Si usted cree que hemos violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito a nuestro Coordinador de Programa, 1225 W. Main St., El Centro, CA 92243. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. llamando al (877) 696-6775 o a través de los siguientes medios:

- Correo postal:
  Centralized Case Management Operations
  US Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F HHH Bldg.
  Washington, DC 20201
- Correo electrónico a: OCRComplaint@hhs.gov
- En línea visitando: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints

No se tomarán represalias en su contra por presentar una queja.