



T-HI0001

NAME

DOB

MRN

PCP



San Francisco Department of Public Health

**Notificación del SFDPH sobre prácticas de privacidad HIPAA y acuse de recibo**

Patient ID / Addressograph

**Notificación completa:** se le ha proporcionado la Notificación completa de las Prácticas de privacidad HIPAA. Revise esta notificación detalladamente. También puede encontrarla en: <https://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/HIPAA/HIPAAsummaries.asp>.

**Quién seguirá las reglas en esta notificación:** deben seguir estas reglas todos los empleados del DPH y empleados con contrato, afiliados al DPH, así como también el personal asignado al DPH por la Universidad de California en San Francisco [University of California at San Francisco].

**Usted tiene derecho a:** (Vea las posibles restricciones en la “Notificación completa de prácticas privadas”).

- Pedir ver, leer u obtener una copia de su registro médico (puede haber cargos necesarios).
- Pedir que se corrija la información que usted considere errónea en su registro médico.
- Pedir que no se comparta la información sobre su salud con ciertas personas.
- Pedir que la información sobre su salud no se utilice con ciertos fines, como por ejemplo, la investigación.
- Pedir que se envíen copias de su registro de salud a alguien (puede haber cargos necesarios).
- Pedir información sobre quiénes han leído su registro (por razones diferentes de los fines de tratamiento, pago, y mejora del programa).
- Especificar cuándo y dónde pueden comunicarse con usted los empleados del DPH.

**El DPH puede utilizar y divulgar la información sobre su salud para mejorar su tratamiento.**

- Para mejorar la calidad de la atención que usted recibe, es posible que se comparta la información de salud entre los proveedores de tratamiento, incluida la información sobre su salud mental, abuso de sustancias, VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y discapacidades del desarrollo.
- Hay casos en los que no se compartirá la información sobre su salud, salvo que usted otorgue permiso previamente para que se comparta; tales como los servicios recibidos en las agencias de tratamiento de abuso de sustancias.

**Si usted considera que NO se han respetado sus derechos de privacidad** al recibir los servicios del DPH, puede presentar una queja. Si tiene dudas acerca de cómo se comparte (o ha sido compartida) la información sobre su salud, hable con su proveedor o comuníquese con cualquiera de los siguientes lugares: (1) Secretary of U.S. Dept. of Health and Human Services, Office of Civil Rights, Attn: Regional Manager, 50 United Nations Plaza, Rm. 322, San Francisco, CA 94103. (2) DPH Office of Compliance and Privacy Affairs, 101 Grove St., Room 330, San Francisco, CA 94102, or call toll-free 1-855-729-6040. No recibirá ningún tipo de sanción si presenta un reclamo.

**Acuso recibo de la “Notificación completa de las prácticas de privacidad HIPAA” del Departamento de Salud Pública de San Francisco.**

FIRMA DEL PACIENTE/RESIDENTE/CLIENTE O SU REPRESENTANTE		FECHA
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA	SI ES EL REPRESENTANTE, ESPECIFICAR LA RELACIÓN	INTÉRPRETE, SI CORRESPONDE

**PERSONAL/TESTIGO: En caso de NO obtener acuse de recibo por escrito, complete lo siguiente:**

<input type="checkbox"/> No puede firmar <input type="checkbox"/> Se rehusó a firmar <input type="checkbox"/> Otro, Describir:	
FIRMA DEL PERSONAL/TESTIGO	FECHA
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA	DEPARTAMENTO/ORG.