

Medi-Cal Program Guide (MPG) Letter #715

February 23, 2011

Subject	ARTICLE A –HEALTH PLAN NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
----------------	---

Effective Date	Upon receipt
-----------------------	--------------

Reference	County Policy
------------------	---------------

Purpose	<p>The purpose of this letter is to provide staff with the following:</p> <ul style="list-style-type: none">• Instructions for the “Coverage Initiative (CI)/County Medical Services (CMS) Health Plan Notice of Privacy Practices (NPP) - 002” requirement.• Revision of forms County of San Diego, Compliance Office: <u>CI/CMS Health Plan NPP – 002 (Eng/Span)</u> and HHS: <u>CMS-107 (Eng/Span) Image Verification Checklist</u>.
----------------	--

Background	<p><u>Health Plan NPP – 002 (Eng/Span)</u> It is a Federal requirement under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) to provide the “Notice of Privacy Practices” notice to all individuals certified or recertified for CI/CMS. The notice describes how medical information about the beneficiary may be used and disclosed and how the beneficiary can get access to this information.</p> <p><u>HHS: CMS-107 (Eng/Span) Image Verification Checklist</u> This form eliminates the scanning of certain forms into the CMS IT System. The applicant’s/beneficiary’s signature on the CMS-107 acknowledges that they have received, reviewed and understand the content of the forms listed on the CMS-107.</p>
-------------------	--

Change	<p><u>CI/CMS Health Plan NPP – 002 (Eng/Span)</u> The “Health Plan Notice of Privacy Practices” has been revised to combine CI and CMS into one form and to include an acknowledgement of receipt. All CI/CMS beneficiaries shall sign the acknowledgement of receipt or the CMS-107 in lieu of the receipt acknowledging that they have received the notice. The County will make a good faith effort to obtain the signed acknowledgement that the beneficiary received the notice. If the signed acknowledgement is</p>
---------------	---

not received from the beneficiary, County staff will sign the acknowledgement and document in the case record the efforts taken and the reason why the acknowledgement was not obtained (Attachments A & B). **NOTE:** The beneficiary is not required to sign the acknowledgement of receipt as condition of eligibility; therefore, the worker will not deny case if the acknowledgement is not received.

HHS: CMS-107 Image Verification Checklist (Eng/Span)

Notice CI/CMS Health Plan NPP – 002 has been added to the CMS-107 (Attachments C & D).

Required Action

The worker must attempt to obtain written acknowledgement that the beneficiary received the notice of privacy practices. A copy of the signed acknowledgement of receipt or the CMS-107 in lieu of the receipt must be maintained in the case record.

If the signed acknowledgement is not received from the beneficiary, the worker must sign the acknowledgement receipt and document in the case record the efforts taken and the reason why the acknowledgement was not obtained. The worker will not deny the case if the acknowledgement is not received.

CMS IT System

The revised forms will be uploaded into the CMS IT System and can be found under the **FORMS** button.

Forms Impact

The table below shows the revised forms affected by this letter.

Number	Title	Change	Attachment
CI/CMS Health Plan NPP – 002 (Eng/Span)	County of San Diego – Coverage Initiative/County Medical Services Notice of Privacy Practices	Revised	A & B
CMS-107 (Eng/Span)	Image Verification Checklist	Revised	C & D

The revised forms have been uploaded into Xerox Print Services and are available to be ordered.

**ACCESS
Impact**

No impact.

**Quality
Assurance**

Effective with the March 2011 sample month, Quality Assurance will cite the appropriate error on any case that does not comply with the requirements outlined in this letter.

**Summary of
Changes**

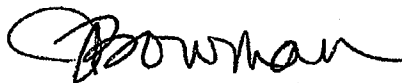
The table below shows the changes to Article A of the MPG.

Section	Change
<u>A.2.7</u>	Update to the instructions for the "Notice of Privacy Practices" requirement.

**Manager
Approval**



Sylvia Melena, Assistant Deputy Director
Self-Sufficiency Programs
Strategic Planning and Operational Support Division



Janya Bowman, Assistant Deputy Director
Health Care Policy Administration
Office of Health Systems Innovation

JP

**COUNTY OF SAN DIEGO – COVERAGE INITIATIVE/COUNTY MEDICAL SERVICES
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Effective Date: April 14, 2003 (Revised 10-11-10)

**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 medical/health information is personal, and the County of San Diego – Coverage Initiative (CI) and County Medical Services (CMS) is committed to protecting it. Your medical/health information is also very important to our ability to provide you with quality care, and to comply with certain laws. This Notice describes the privacy practices we and all of our employees and other personnel are required to follow in handling your medical/health information.

We are Legally Required to: Keep your medical/health information, also known as "protected health information" or "PHI," confidential, give you this Notice of our legal duties and privacy practices with respect to your medical/health information, and comply with this Notice.

YOUR RIGHTS REGARDING MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU

Right to Inspect and Obtain Copies: With certain exceptions, you have the right to inspect and obtain copies of your medical/health information from our records. To inspect and obtain copies of your medical/health information, you must submit a request in writing to your case manager or the person in charge of your treatment. If you request a copy of your medical/health information, we may charge a fee for the costs of copying, mailing or other supplies associated with your request. We will not charge you a fee for inspecting your records if you do not request to copy your records.

We may deny your request to inspect and obtain copies of parts of your medical/health information. If you are denied the right to inspect and obtain copies of your medical/health information in our records, you may appeal this decision and request that another licensed health care professional designated by CI and CMS, who was not involved in your treatment review the denial. (At your request, a form will be provided to you for this request.)

Right to Request an Amendment: If you feel that your medical/health information in our records is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information. You have the right to request an amendment for as long as we keep the information. To request an amendment, you must submit a request in writing to your case manager or the person in charge of your treatment. In addition, you must tell us the reason for the amendment. Your request will become part of your record. (At your request, a form and a list of County sites will be provided to you for this purpose.)

**COUNTY OF SAN DIEGO – COVERAGE INITIATIVE/COUNTY MEDICAL SERVICES
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

We may deny your request if you ask us to amend information that was not created by us, or is part of the information which you were not permitted to inspect and copy, or is deemed accurate and complete by your treatment team.

Right to an Accounting of Disclosures: With the exception of certain disclosures, including those for treatment, payment and health care operations and those authorized by you, you have the right to request a list of the disclosures we have made of your medical/health information. To request this list, you must submit your request in writing to your case manager or the person in charge of your treatment. (At your request, a form will be provided to you for this purpose.)

Your request must state a time period, which may not be longer than six years and may not include dates before April 14, 2003. The first list you request within a 12-month period will be free. For additional lists, we may charge you for the costs of providing the list. We will notify you of the cost involved and you may withdraw or change your request before any costs are incurred.

Right to Request Restrictions: You have the right to request that we follow additional, special restrictions when using or disclosing your medical/health information. We are not required to agree to your request. If we agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you with emergency treatment as determined by your doctor. To request restrictions, you must make your request in writing to your case manager or the person in charge of your treatment. In your request, you must tell us what information you want to limit, the type of limitation, and to whom you want the limitation to apply. An example of such a limitation might be limits on disclosures we may make to your spouse. (At your request, a form will be provided to you for this purpose.)

Right to Request Confidential Communications: You have the right to request that we communicate with you about appointments or other matters related to your treatment in a specific way or at a specific location. For example, you can ask that we only contact you at work, or by mail at a post office box. To request confidential communications, you must make your request in writing to your case manager or the person in charge of your treatment. (At your request, a form will be provided to you for this purpose.) Your request must specify how or where you wish to be contacted. We will accommodate reasonable requests.

Right to a Paper Copy of This Notice: You may ask us for a paper copy of this Notice at any time. Even if you have agreed to receive this Notice electronically, you are entitled to receive a paper copy of this Notice. To obtain a paper copy of this Notice, ask any staff person. You may also obtain a copy of this Notice at our website, http://www.co.san-diego.ca.us/hhsa/programs/sd/hipaa_administration/hipaa_privacy_practices.html

**COUNTY OF SAN DIEGO – COVERAGE INITIATIVE/COUNTY MEDICAL SERVICES
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

HOW WE MAY USE AND DISCLOSE YOUR MEDICAL/HEALTH INFORMATION

In order to provide you with insurance coverage, we need medical/health information and other personal information about you, and we may obtain that information from many sources, including you, your employer or benefits plan sponsor, other insurers, HMOs or third-party administrators, and health care providers.

For Treatment: We may disclose information to doctors, dentists, pharmacies, hospitals and other health care providers who take care of you. For example, doctors may request medical information from us to supplement their own records. We may also use personal information in sending certain information to doctors for patient safety or other treatment-related reasons.

We may use and disclose your medical/health information to contact you with a reminder that you have an appointment for treatment. You have the right to tell us how you want to receive appointment reminders. (At your request, a form will be provided to you for this purpose.)

We may use and disclose your medical/health information to recommend possible treatment options or alternatives that may be of interest to you. Additionally we may use and disclose your medical/health information to tell you about health-related benefits or services that may be of interest to you (for example, Medi-Cal eligibility or Social Security benefits). You have the right to refuse this information.

For Payment: We may use and disclose medical/health information about you so that the treatment and services you receive may be billed to and payment may be collected from you, other insurance companies or a third party. For example, we may need to give your health plan information about psychiatric services you received through CI or CMS so another health plan will pay us or reimburse you for the treatment. We may also tell your health plan about a treatment you are going to receive to obtain prior approval or to determine whether your plan will cover the treatment.

For Health Care Operations: We may use and disclose medical/health information about you for health care operations. These uses and disclosures are necessary to run CI and CMS and make sure that all of our clients receive quality care. For example, we may use medical/health information to review our treatment and services and to evaluate the performance of doctors providing treatment to you. We may also combine medical/health information about many CI and CMS clients to decide what additional services CI or CMS should offer, what services are not needed, and whether certain new treatments are effective. We may also disclose information to doctors, nurses, counselors, medical/health care students, and other agency personnel for review and learning purposes. We may also combine the medical/health information we have with medical/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. We may remove information that

**COUNTY OF SAN DIEGO – COVERAGE INITIATIVE/COUNTY MEDICAL SERVICES
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

identifies you from this set of medical/health information so others may use it to study medical/health care and medical/health care delivery without learning who the specific clients are.

**USES AND DISCLOSURES OF MEDICAL/HEALTH INFORMATION THAT GIVE
YOU THE OPPORTUNITY TO OBJECT**

Unless you object, we may disclose your medical/health information to a friend or family member, your parent or any other person identified by you who is involved in your health care or payment for your health care. Your objection must be in writing (at your request, a form will be provided to you for this purpose). We will not honor your objection in circumstances where doing so would expose you or someone else to danger, as determined by your treatment team.

In the event of a disaster, we may disclose your medical/health information to a disaster relief agency such as the Red Cross, so that your family can be notified about your condition, status and location.

Unless you object, we may also include some of your medical/health information in a facility directory. The information disclosed will include your name, your location in the facility, your condition described in general terms that do not communicate specific medical information about you and your religious affiliation. This information may be disclosed to members of the clergy, and except for religious affiliation, to other persons who ask for you by name. Your objection must be in writing and you may object to the inclusion of some or all of this information in the facility directory (at your request, a form will be provided to you for this purpose).

USES AND DISCLOSURES THAT DO NOT REQUIRE YOUR AUTHORIZATION

Research: Under certain circumstances, we may use and disclose medical/health information about you for research purposes. For example, a research project may involve comparing the health and recovery of all clients who received one medication to those who received another, for the same condition. All research projects, however, are subject to a special approval process. This process evaluates a proposed research project and its use of medical/health information, trying to balance the research needs with clients' need for privacy of their medical/health information. Before we use or disclose medical/health information for research, the project will have been approved through this research approval process, but we may, however, disclose medical/health information about you to people preparing to conduct a research project, for example, to help them look for clients with specific medical/health needs, so long as the medical/health information they review does not leave CI or CMS.

As Required By Law: We will use and disclose medical/health information when required to do so by federal or state law or regulation.

**COUNTY OF SAN DIEGO – COVERAGE INITIATIVE/COUNTY MEDICAL SERVICES
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

To Avert a Serious Threat to Health or Safety: We may use and disclose your medical/health information when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person.

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

Public Health Activities: We may disclose your medical/health information for public health activities. These activities generally include the following:

- to prevent or control disease, injury or disability;
- to report births and deaths;
- 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.

Abuse, Neglect or Domestic Violence: We may disclose your medical/health information when notifying the appropriate government authority if we believe you have been the victim of abuse, neglect or domestic violence. We will only make this disclosure if you agree or when required or authorized by law.

Health Oversight Activities: We may disclose your medical/health information to a federal or state health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities are necessary for the government to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights laws.

Lawsuits and Disputes: If you are involved in a lawsuit or a dispute, we may disclose your medical/health information in response to a court or administrative order. We may also disclose your medical/health information in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process by someone else involved in a dispute.

Law Enforcement: We may disclose your medical/health information if asked to do so by law enforcement officials in any of the following circumstances:

- 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 any of our facilities; or

**COUNTY OF SAN DIEGO – COVERAGE INITIATIVE/COUNTY MEDICAL SERVICES
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

- In emergency circumstances to report a crime; the location of the crime, the victim(s); or the identity, description or location of the person who committed the crime.

Specialized Governmental Functions: We may disclose your medical/health information to authorized federal officials for intelligence and other national security activities authorized by law. For example, we may disclose your medical/health information to federal officials so they may provide protection to the President of the United States or foreign heads of state, or to conduct special investigations authorized by law.

We may disclose your medical/health information to officials in the Department of State who make decisions regarding your suitability for a security clearance or service abroad.

We may disclose medical/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 release medical/health information about clients of CI or CMS to funeral directors as necessary to carry out their duties.

If you are an inmate of a correctional institution, you may lose the rights outlined in this Notice. Furthermore, if you are an inmate or are in the lawful custody of a law enforcement official, we may disclose your medical/health information to a law enforcement official.

OTHER USES OF YOUR PROTECTED HEALTH CARE INFORMATION

Other uses and disclosures of your medical/health information not covered by this Notice or the laws that apply to us will be made only with your written authorization. If you provide us authorization to use or disclose your medical/health information, you may revoke that authorization, in writing, at any time. If you revoke your authorization, we will no longer use or disclose your medical/health information for the reasons covered by the authorization, except that, we are unable to take back any disclosures we have already made when the authorization was in effect, and we are required to retain our records of the care that we provided to you.

CHANGES TO THIS NOTICE

We reserve the right to revise or change the terms of this Notice, and to apply those changes to our policies and procedures regarding your medical/health information. You have the right to be notified of any changes to this Notice and to receive a copy of those changes in writing. To obtain a copy of this Notice once it has been changed, you can either ask your treatment provider or any staff person, or go to the County of San Diego's web site at http://www.co.san-diego.ca.us/hhsa/programs/sd/hipaa_administration/hipaa_privacy_practices.html.

**COUNTY OF SAN DIEGO – COVERAGE INITIATIVE/COUNTY MEDICAL SERVICES
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

COMPLAINTS

You have the right to file a complaint if you believe that CI or CMS staff has not complied with the practices outlined in this Notice. All complaints must be submitted in writing. You will not be penalized in anyway for filing a complaint.

If you believe your privacy rights have been violated you may file a complaint with CI, CMS, or with the Federal Government. To file a complaint with CI or CMS, contact:

Privacy Officer
County of San Diego, Compliance Office
P.O. Box 85524 (Mail Stop: P501)
San Diego, California 92186-5524
(619) 515-4244

To file a complaint with the Federal Government, contact:

U.S. Department of Health and Human Services
Region IX, Office for Civil Rights
50 United Nations Plaza – Room 322
San Francisco, California 94102
Voice Phone: (415) 437-8310
Facsimile: (415) 437-8329
TDD: (415) 437-8311
E-mail: OCRComplaint@hhs.gov

Please contact the privacy officer listed above, if you want specific information for filing a complaint with the federal Office for Civil Rights.

If you have any questions about this Notice, you may contact:

Privacy Officer
County of San Diego, Compliance Office
P.O. Box 85524 (Mail Stop: P501)
San Diego, California 92186-5524
(619) 515-4244

**COUNTY OF SAN DIEGO – COVERAGE INITIATIVE/COUNTY MEDICAL SERVICES
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT

By signing this form, you acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices of the County of San Diego. Our Notice of Privacy Practices provides information about how we may use and disclose your protected medical/health information. We encourage you to read it in full.

Our Notice of Privacy Practices is subject to change. If we change our notice, you may obtain a copy of the revised notice by accessing the County’s web site, http://www.co.san-diego.ca.us/hhsa/programs/sd/hipaa_administration/hipaa_privacy_practices.html or by contacting any staff person involved in your care.

If you have any questions about our Notice of Privacy Practices, please contact the:

Privacy Officer
County of San Diego Compliance Office
P.O. Box 85524 (Mail Stop: P501)
San Diego, CA 92186-5524
(619) 515-4244

I acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices of the County of San Diego.

Signature (CI/CMS Applicant/Beneficiary)	Date
--	------

Inability to Obtain Acknowledgement

To be completed only if no signature is obtained. If it is not possible to obtain the client’s acknowledgement, describe the good faith efforts made to obtain the client’s acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement was not obtained:

County Staff Signature	Date
------------------------	------

Name and Title Printed

**COUNTY OF SAN DIEGO – COVERAGE INITIATIVE/COUNTY MEDICAL SERVICES
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Fecha de vigencia: 14 de abril de 2003 (Revisión 10-11-10)

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y
DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN.
LE SOLICITAMOS QUE LO LEA ATENTAMENTE.**

Su información médica y de salud es personal y el programa Coverage Initiative (CI, por sus siglas en inglés) y County Medical Services (CMS, por sus siglas en inglés) se han comprometido a protegerla. Su información médica y de salud es muy importante para nuestra capacidad de proveer cuidado de calidad, y para cumplir con ciertas leyes. Este Aviso describe las prácticas de privacidad que nosotros y todos nuestros empleados, así como el resto de nuestro personal, tenemos la obligación de seguir con respecto al manejo de su información médica y de salud.

Estamos legalmente obligados a lo siguiente: Mantener la confidencialidad de su información médica y de salud, también denominada “información de salud protegida” (PHI, por sus siglas en inglés), a proporcionarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica y de salud, y a cumplir con lo establecido en este Aviso.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Derecho de inspeccionar y obtener copias: Con ciertas excepciones, usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener copias de su información médica y de salud archivada en nuestros registros. A fin de inspeccionar y obtener copias de su información médica y de salud, usted debe presentar un pedido por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. Si usted solicita una copia de su información médica y de salud, nosotros podremos cobrarle un cargo para cubrir los costos de copiado, envíe u otros insumos procedentes de su solicitud. Si usted no solicita una copia de sus registros, no le cobraremos ningún cargo por inspeccionarlos.

Podemos rechazar su pedido de inspeccionar y obtener copias de partes de su información médica y de salud. Si a usted se le niega el derecho de inspeccionar y obtener copias de su información médica y de salud archivada en nuestros registros, puede apelar tal decisión y pedir que otro profesional licenciado de cuidado de la salud designado por CI y CMS, que no haya estado involucrado en su tratamiento, reconsidere los motivos del rechazo. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.)

Derecho de solicitar enmiendas: Si usted considera que su información médica y de salud archivada en nuestros registros es inexacta o incompleta, puede solicitar que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de pedir una enmienda mientras la información obre en nuestro poder. Para solicitar una enmienda, debe presentar un pedido por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. Además, debe exponer la razón que motiva la enmienda. Su pedido se incorporará a su registro. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario y una lista de sitios del Condado para este propósito.)

COUNTY OF SAN DIEGO – COVERAGE INITIATIVE/COUNTY MEDICAL SERVICES
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Podemos rechazar su pedido si usted nos solicita que enmendemos información que no haya sido preparada por nosotros, o que sea parte de información que a usted no se le haya permitido inspeccionar y copiar, o que sea considerada exacta y completa por su equipo de tratamiento.

Derecho a obtener un detalle de las divulgaciones: Con la excepción de ciertas divulgaciones —por ejemplo, aquéllas vinculadas con tratamientos, pagos y actividades administrativas de cuidado de la salud, así como aquéllas autorizadas por usted—, usted tiene el derecho de solicitar una lista de las divulgaciones que hayamos hecho de su información médica y de salud. Para solicitar esta lista, usted debe presentar un pedido por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.)

Su pedido debe referirse a un período determinado, que no puede ser mayor de seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite en un período de 12 meses sucesivos será sin cargo para usted. Si desea obtener listas adicionales, podremos cobrarle los costos de proporcionarlas. Le notificaremos el costo correspondiente y usted podrá anular o modificar su pedido antes de que incurramos en ningún gasto.

Derecho de solicitar restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar que observemos restricciones adicionales y especiales al utilizar o divulgar su información médica y de salud, pero no estamos obligados a dar curso a su pedido. Si aceptamos satisfacerlo, atenderemos su pedido a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia, tal como lo determine su médico. Para solicitar restricciones, usted debe hacer un pedido por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. En su solicitud, deberá especificar qué información desea limitar, el tipo de limitación a aplicar, y a quién desea aplicarla. Un ejemplo de tal limitación podría ser establecer restricciones a divulgaciones destinadas a su cónyuge. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.)

Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted con respecto a citas y otras cuestiones relacionadas con su tratamiento de una manera específica o en un lugar específico. Por ejemplo, puede solicitar que sólo nos comuniquemos con usted en su lugar de trabajo, o mediante correspondencia dirigida a una casilla postal. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe presentar un pedido por escrito a su administrador de caso o la persona a cargo de su tratamiento. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.) Su pedido debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Procuraremos cumplir con todos los pedidos razonables.

Derecho a obtener una copia impresa de este Aviso: Usted nos puede solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento. Aun si hubiera acordado recibir este Aviso electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa del mismo. Para obtener una copia impresa de este Aviso, solicítela a cualquier miembro del personal. También puede obtener una copia visitando nuestro sitio web, http://www.co.san-diego.ca.us/hhsa/programs/sd/hipaa_administration/hipaa_privacy_practices.html

**COUNTY OF SAN DIEGO – COVERAGE INITIATIVE/COUNTY MEDICAL SERVICES
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD

A fin de proporcionarle cobertura de seguro, necesitamos contar con información médica y de salud, así como con otra información personal sobre usted. Podemos obtener esa información de muchas fuentes, tales como usted mismo, su empleador o patrocinador del plan de beneficios, otros aseguradores, organizaciones HMO o administradores de terceros, y proveedores de cuidado médico.

Con fines de tratamiento: Podemos divulgar información a médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros proveedores de cuidado médico que cuidan de su salud. Por ejemplo, los médicos pueden solicitarnos información médica para complementar sus propios registros. También podemos usar información personal al enviar cierta información a médicos para garantizar la seguridad del paciente, o por otras razones relacionadas con su tratamiento.

Podemos usar y divulgar su información médica y de salud al comunicarnos con usted con fines de recordarle que tiene una cita para su tratamiento. Usted tiene el derecho de decirnos cómo desea recibir los recordatorios de la cita. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.)

Podemos utilizar y divulgar su información médica y de salud para recomendar posibles opciones o alternativas de tratamiento que podrían interesarle. Adicionalmente, podemos usar y divulgar su información médica y de salud para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés (por ejemplo, elegibilidad para beneficios de Medi-Cal o del Seguro Social). Usted tiene el derecho de rechazar dicha información.

Con fines de efectuar pagos: Podemos utilizar y divulgar información médica y de salud acerca de usted para que los servicios y tratamientos que reciba puedan ser facturados y cobrados a usted, a otras compañías de seguros o a terceros. Por ejemplo, puede ser necesario proporcionar información de su plan de salud acerca de los servicios de psiquiátricos que usted haya recibido por medio de CI o CMS, para que otro plan de salud nos pague o reembolse los costos del tratamiento. También podemos brindar datos a su plan de salud acerca de un tratamiento que usted recibirá en el futuro, a fin de obtener la aprobación previa o para determinar si dicho plan cubre el tratamiento.

Con fines administrativos, relacionados con el cuidado médico: Podemos utilizar y divulgar información médica y de salud acerca de usted con fines de administración del cuidado médico. Estos usos y divulgaciones son necesarios para las actividades de CI y CMS y para asegurar que todos nuestros clientes reciban cuidado de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar información médica y de salud para analizar nuestros tratamientos y servicios, así como para evaluar la calidad del tratamiento que los médicos le proporcionen. También podemos combinar información médica y de salud sobre muchos clientes de CI y CMS para decidir qué servicios adicionales CI o CMS deberían ofrecer, qué servicios ya no se necesitan y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos o no. Asimismo, podemos divulgar información a médicos, enfermeras, consejeros, estudiantes de medicina y de cuidado de la salud, y otro personal de agencias con fines de revisión y aprendizaje. De modo similar, podemos combinar la información médica y de salud de la que disponemos con la de otras agencias, con el propósito de comparar nuestro funcionamiento y comprender cómo mejorar los servicios y el cuidado que ofrecemos. Podemos eliminar la información que lo identifique a usted en un conjunto de

**COUNTY OF SAN DIEGO – COVERAGE INITIATIVE/COUNTY MEDICAL SERVICES
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

información médica/de salud a fin de que otros puedan usarla para estudiar el cuidado médico/de salud y su prestación sin saber quiénes son los clientes específicos.

**USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD A LOS CUALES
USTED PUEDE PRESENTAR OBJECIONES**

A menos que usted se oponga, podemos divulgar su información médica y de salud a un familiar o amigo, a sus padres o a cualquier otra persona identificada por usted que participe en el cuidado de su salud o en el pago del mismo. Su objeción debe presentarse por escrito (si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito). No respetaremos su objeción en circunstancias en las que hacerlo expondría a usted o a otra persona a un riesgo, según lo determine su equipo de tratamiento.

En caso de desastre, podemos divulgar su información médica y de salud a una agencia del alivio de desastres, tal como la Cruz Roja, para que su familia pueda ser notificada acerca de su condición, su estado y su ubicación.

A menos que usted se oponga, podemos también incluir parte de su información médica y de salud en una guía de un establecimiento. La información revelada incluirá su nombre, su ubicación en el establecimiento y su condición, descrita en términos generales que no comuniquen información médica específica acerca de usted o de su filiación religiosa. Esta información puede ser revelada a miembros del clero y, con excepción de su filiación religiosa, a otras personas que pregunten por usted por su nombre. Su objeción debe presentarse por escrito y usted puede oponerse a la inclusión de parte o de la totalidad de la información en la guía del establecimiento (si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito).

USOS Y DIVULGACIONES QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Con fines de investigación: En ciertas circunstancias, podemos utilizar y divulgar información médica y de salud acerca de usted para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede requerir comparar la salud y la recuperación de todos los clientes que han recibido un medicamento, con las de aquéllos que recibieron otro para tratar una misma condición médica. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa el proyecto de investigación propuesto y su uso de la información médica y de salud, tratando de equilibrar las necesidades de la investigación con las necesidades de privacidad de la información médica y de salud de los clientes. Antes de usar o divulgar información médica y de salud con fines de investigación, el proyecto tiene que haber sido autorizado por este proceso de aprobación; sin embargo, podemos divulgar información médica y de salud acerca de usted a personas que estén preparando la realización de un proyecto de investigación. Por ejemplo, con el objeto de ayudarlos identificar clientes con necesidades médicas y de salud específicas, siempre que la información médica y de salud que analicen no trasponga el ámbito de CI o CMS.

**COUNTY OF SAN DIEGO – COVERAGE INITIATIVE/COUNTY MEDICAL SERVICES
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Casos en que la ley así lo requiera: Usaremos y divulgaremos información médica y de salud cuando así lo exijan las leyes o reglamentaciones federales o estatales.

Con el fin de prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad: Podemos utilizar y divulgar su información médica y de salud cuando esto sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona.

Compensación de trabajadores: Podemos divulgar su información médica y de salud a los fines de la compensación de trabajadores o de otros programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Actividades de salud pública: Podemos divulgar su información médica y de salud a los fines de las actividades de salud pública. Estas actividades incluyen generalmente los siguientes conceptos:

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades;
- reportar nacimientos y muertes;
- informar casos de abuso o negligencia en el cuidado de niños, ancianos y adultos dependientes;
- informar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar al público en general casos de productos que han sido retirados del mercado y que podrían estar usando;
- notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o estar en riesgo de contraer o difundir una enfermedad o condición.

Abuso, negligencia o violencia doméstica: Podemos divulgar su información médica y de salud para notificar a las autoridades apropiadas del gobierno si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Sólo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando así sea requerido o autorizado por la ley.

Actividades de supervisión de la salud: Podemos divulgar su información médica y de salud a una agencia federal o estatal de supervisión de la salud a los fines de que lleven a cabo actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de cuidado de la salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas y disputas: Si usted se ve envuelto en un pleito o una disputa, podemos divulgar su información médica y de salud para responder a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información médica y de salud en respuesta a una citación, a un pedido de averiguación o a otro proceso legal iniciados por otra persona implicada en una disputa.

Aplicación de la ley: Podemos divulgar su información médica y de salud si la misma es solicitada por oficiales de aplicación de la ley en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- como respuesta a una orden judicial, apercibimiento, caución, citación o proceso similar;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida;
- brindar información acerca de la víctima de un delito si, en ciertas circunstancias limitadas, no es posible obtener el consenso de la persona;

**COUNTY OF SAN DIEGO – COVERAGE INITIATIVE/COUNTY MEDICAL SERVICES
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

- brindar información acerca de una muerte que creemos puede ser resultado de una conducta criminal;
- brindar información acerca de una conducta delictiva en cualquiera de nuestros establecimientos; o
- en casos de emergencia, para reportar un delito, la escena de un crimen, la(s) víctima(s) o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Funciones gubernamentales especializadas: Podemos divulgar su información médica y de salud a oficiales federales autorizados para realizar actividades de inteligencia y otras tareas relativas a la seguridad nacional autorizadas por la ley. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica y de salud a oficiales federales para que puedan proporcionar protección al Presidente de los Estados Unidos o jefes de estado extranjeros, o para conducir investigaciones especiales autorizadas por la ley.

Podemos divulgar su información médica y de salud a oficiales del Departamento del Estado que tomen decisiones con respecto a su aptitud para obtener autorizaciones de seguridad o prestar servicio fuera del país.

Podemos divulgar su información médica y de salud a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de su muerte. Asimismo, podemos difundir información médica y de salud acerca de clientes de CI o CMS a directores de funerarias, según sea necesario para que desempeñen sus funciones.

Si usted es un presidiario en una institución correccional, también puede perder los derechos descritos en este Aviso. Además, si usted es presidiario o está bajo la custodia lícita de un oficial de aplicación de la ley, podemos divulgar su información médica y de salud a tales oficiales.

OTROS USOS DE SU INFORMACIÓN PROTEGIDA DEL CUIDADO DE LA SALUD

Otros usos y divulgaciones de su información médica y de salud no cubiertos en este Aviso o por las leyes vigentes, serán llevados a cabo sólo con su autorización escrita. Si usted nos autoriza a utilizar o divulgar su información médica y de salud, puede revocar por escrito su autorización en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, ya no utilizaremos o revelaremos su información médica de salud de acuerdo con los motivos expuestos en dicha autorización, con la excepción de que no podremos anular las divulgaciones efectuadas cuando la autorización tenía vigencia. Además, estamos obligados a conservar nuestros registros de los cuidados que le hayamos proporcionado.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de modificar o cambiar los términos de este Aviso, y de aplicar tales cambios a nuestras políticas y procedimientos con respecto a su información médica y de salud. Usted tiene el derecho de ser notificado sobre cualquier cambio a este Aviso y de recibir una copia escrita de esos cambios. Para obtener una copia de este Aviso una vez que haya sido cambiado, solicítela a su proveedor de tratamiento o a cualquier miembro del personal, o visite el sitio web del Condado de San Diego, http://www.co.san-diego.ca.us/hhsa/programs/sd/hipaa_administration/hipaa_privacy_practices.html

**COUNTY OF SAN DIEGO – COVERAGE INITIATIVE/COUNTY MEDICAL SERVICES
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

QUEJAS

Usted tiene el derecho de presentar una queja si considera que el personal de CI o CMS no ha cumplido con las prácticas descritas en este Aviso. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. No se le penalizará de ninguna manera por el hecho de presentar una queja.

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja a CI, CMS, o al gobierno federal. Para presentar una queja a CI o CMS, comuníquese con nuestro oficial de privacidad:

Privacy Officer
County of San Diego, Compliance Office
P.O. Box 85524 (Mail Stop: P501)
San Diego, CA 92186-5524
(619) 515-4244

Si desea presentar una queja ante el gobierno federal, comuníquese con el siguiente departamento:

U.S. Department of Health and Human Services
Region IX, Office for Civil Rights
50 United Nations Plaza – Room 322
San Francisco, CA 94102
Teléfono: (415) 437-8310
Fax: (415) 437-8329
TDD: (415) 437-8311
Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov

Si desea obtener información específica para presentar una queja a la Oficina Federal de Derechos Civiles, notifique al oficial de privacidad mencionado anteriormente.

Si tiene alguna pregunta acerca de este Aviso, comuníquese con nuestro oficial de privacidad:

Privacy Officer
County of San Diego, Compliance Office
P.O. Box 85524 (Mail Stop: P501)
San Diego, California 92186-5524
(619) 515-4244

**COUNTY OF SAN DIEGO – COVERAGE INITIATIVE/COUNTY MEDICAL SERVICES
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

RECONOCIMIENTO DE RECIBO

Firmando esta forma, usted reconoce que recibe el Aviso Sobre Prácticas de Privacidad del Condado de San Diego. Nuestro Aviso Sobre Prácticas de Privacidad proporciona información de como nosotros podemos usar y revelar su información médica/de salud protegida. Le recomendamos leerla totalmente.

Nuestro Aviso Sobre Prácticas de Privacidad es sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia del aviso revisado visitando el sitio web del Condado, http://www.co.san-diego.ca.us/hhsa/programs/sd/hipaa_administration/hipaa_privacy_practices.html o poniéndose en contacto con cualquier personal participando con su tratamiento.

Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestro Aviso Sobre Prácticas de Privacidad, por favor póngase en contacto con el oficial de privacidad:

Privacy Officer
County of San Diego Compliance Office
P.O. Box 85524 (Mail Stop: P501)
San Diego, CA 92186-5524
(619) 515-4244

Reconozco el recibo del Aviso Sobre Prácticas de Privacidad del Condado de San Diego.

Firma (Solicitante/Beneficiario de CI/CMS)

Fecha

Inability to Obtain Acknowledgement

To be completed only if no signature is obtained. If it is not possible to obtain the client's acknowledgement, describe the good faith efforts made to obtain the client's acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement was not obtained:

County Staff Signature

Date

Name and Title Printed



COUNTY MEDICAL SERVICES PROGRAM IMAGE VERIFICATION CHECKLIST

Name: _____

Member ID #: _____

Worker Name: _____

Read all forms then place your initials next to the forms which you have received.

You Initial Here	Spouse Initials Here	
		CMS-15 Rights and Responsibilities (9/08)
		CMS-23 Coverage Information (7/08)
		CMS-007 CMS General Property Limitations (06/10)
		CMS-123 CMS Lien Information (7/08)**
		CMS-123A CMS Lien Acknowledge Statement (1/08)**
		CI/CMS Health Plan NPP-002 Notice of Privacy Practices (10/11/10)

****NOTE:** Forms CMS-123 and CMS-123A are NOT included in the recertification mail-in packet.

I/we hereby state that I/we have received all forms listed. I/we acknowledge that I/we have reviewed and fully understand the forms.

Signature of Applicant

Date

Signature of Spouse

Date

Signature of Authorized Representative

Date



**COUNTY MEDICAL SERVICES PROGRAM
LISTA DE VERIFICACION DE IMAGEN**

Nombre: _____

No. de Miembro: _____

Nombre del/la Trabajador/a: _____

Lea todas las formas y ponga sus iniciales junto a las formas que ha recibido.

Sus Iniciales	Iniciales de su Cónyuge	
		CMS-15 Derechos y Responsabilidades del Solicitante (9/08)
		CMS-23 Información de Cobertura (7/08)
		CMS-007 Limitaciones Generales de Propiedad del Programa CMS (06/10)
		CMS-123 Información de Gravamen (CMS) (7/08)**
		CMS-123A (SP) Declaración de Reconocimiento de Gravamen de CMS (1/08)**
		CI/CMS Health Plan NPP-002 (SP) Aviso Sobre Practicas de Privacidad (10/11/10)

****NOTA:** Forma CMS-123 y CMS-123A (SP) **NO** se incluyen en el paquete para renovar por correo el programa CMS.

Yo/nosotros declaramos por medio de la presente que he/hemos recibido todas las formas en la lista. Yo/nosotros reconozco/reconocemos que he/hemos revisado y entendido perfectamente las formas.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Esposo(a)

Fecha

Firma del Representante Autorizado

Fecha

A.2.7 Notice of Privacy Practices

General

Workers shall give the “Notice of Privacy Practices” to all individuals certified or recertified for CMS. This is a federal requirement under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

All beneficiaries shall sign the “Notice of Privacy Practices” notice or the CMS-107 in lieu of the receipt acknowledging that they have received the notice. The County will make a good faith effort to obtain the signed acknowledgement that the beneficiary received the notice. If the signed acknowledgement is not received from the beneficiary, County staff will sign the acknowledgement and document in the case record the efforts taken and the reason why the acknowledgement was not obtained. A copy of the signed acknowledgement or the CMS-107 shall be maintained in the case record as outlined in [A.2.0](#).

NOTE: The beneficiary is not required to sign the acknowledgement of receipt as condition of eligibility; therefore, the worker will not deny case if the signed acknowledgement is not received.

MPG LTR #715 (02/11)
