

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**Fecha de Vigencia: Febrero 2026**

**Stockdale Radiology • 4000 Empire Dr., Suite 100 • Bakersfield, CA 93309**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.

Respetamos su privacidad y estamos comprometidos a proteger su información médica. Este Aviso describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto a su Información de Salud Protegida ("PHI", por sus siglas en inglés), conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico ("HIPAA"), la Ley HITECH y la Ley de Confidencialidad de la Información Médica de California ("CMIA").

## **Nuestras Obligaciones Legales**

Estamos obligados por ley federal y estatal a:

- Mantener la privacidad de su información médica.
- Proporcionarle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad y deberes legales.
- Cumplir con los términos de este Aviso vigente.
- Notificarle rápidamente si se produce una violación que comprometa la privacidad o seguridad de su información.

Podemos actualizar este Aviso en cualquier momento, conforme lo permita la ley. Los cambios se aplicarán a toda la información médica que mantenemos, incluso aquella recopilada antes del cambio. La versión actual estará disponible en nuestras oficinas y en nuestro sitio web.

## **Cómo Podemos Usar y Divulgar Su Información Médica**

Podemos usar o divulgar su información médica sin su autorización escrita en los siguientes casos:

### **Tratamiento**

Para brindarle atención médica. Por ejemplo, compartiendo resultados de estudios de imagen con su médico remitente.

### **Pago**

Para facturar y cobrar los servicios brindados. Por ejemplo, enviar reclamaciones a su seguro médico.

### **Operaciones del Cuidado de la Salud**

Para apoyar el funcionamiento de nuestra práctica médica. Por ejemplo, evaluaciones de calidad y actividades de credencialización.

### **Asociados Comerciales**

Podemos compartir su información con terceros que prestan servicios en nuestro nombre (como facturación o tecnología). Estos deben cumplir con HIPAA mediante contratos adecuados.

## **Otros Usos y Divulgaciones Permitidas**

También podemos usar o divulgar su información sin autorización en los siguientes casos:

- Requerido por Ley – como órdenes judiciales o auditorías.
- Salud Pública y Seguridad – para prevenir enfermedades o reportar abuso o amenazas.
- Supervisión de la Salud – para inspecciones o investigaciones oficiales.
- Procesos Judiciales – en cumplimiento con órdenes legales.
- Aplicación de la Ley – según lo exija la ley o en circunstancias específicas.
- Donación de Órganos y Tejidos – con autorización.
- Investigación – bajo protecciones establecidas.
- Compensación al Trabajador – según lo exijan las leyes estatales.
- Militares y Seguridad Nacional – en ciertos contextos legales.
- Instituciones Correccionales – si usted está bajo custodia legal.

## **Usos Que Requieren Su Autorización Escrita**

- No utilizaremos ni divulgaremos su información sin su consentimiento para:
- Comunicaciones de mercadeo no relacionadas con su atención.
- Venta de su información médica.
- Solicitudes de donaciones o recaudación de fondos, salvo excepciones limitadas.
- Notas de psicoterapia, si corresponde.

Puede revocar su autorización en cualquier momento por escrito. La revocación no afectará los usos ya realizados.

## **Participación de Familiares y Cuidadores**

Podemos compartir su información médica con familiares o personas involucradas en su cuidado:

- Con su permiso verbal o escrito.
- Si usted está incapacitado o no disponible, y determinamos que está en su mejor interés.

## **Sus Derechos Sobre Su Información Médica**

### **Derecho de Acceso**

- Puede ver u obtener copias de su expediente médico, incluso en formato electrónico. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en costos.

### **Derecho de Enmienda**

- Puede solicitar correcciones a su expediente si considera que hay errores. Podemos rechazar la solicitud en algunos casos.

### **Derecho a un Informe de Divulgaciones**

- Puede solicitar una lista de las divulgaciones no relacionadas con tratamiento, pago u operaciones, realizadas en los últimos 6 años.

### **Derecho a Restringir Divulgaciones**

Puede solicitar límites sobre cómo usamos o compartimos su información. Estamos obligados a aceptar su solicitud si:

- Usted paga por un servicio completamente de su bolsillo, y

- Solicita que no se comparta esa información con su aseguradora.

### **Derecho a Comunicaciones Confidenciales**

Puede pedir que nos comuniquemos con usted de una forma específica (por ejemplo, solo por correo). Respetaremos solicitudes razonables.

### **Derecho a Copia en Papel**

- Puede solicitar una copia impresa de este Aviso, incluso si lo recibió por medios electrónicos.

### **Derechos Especiales Bajo la Ley de California (CMIA)**

La ley de California ofrece protecciones adicionales a su información médica, incluyendo:

- Límites estrictos sobre la redistribución de su información sin autorización.
- Derechos sobre servicios médicos sensibles (salud mental, reproductiva, etc.).
- Obligación de notificarle en caso de violación de seguridad, conforme al Código Civil de CA § 1798.82.

### **Preguntas o Quejas**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante:

Oficina de Derechos Civiles – Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
Tel: (415) 437-8310  
Sitio web: [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr)

También puede comunicarse con nuestra oficina de privacidad:

Contacto de Privacidad:

Linda Craig  
Stockdale Radiology  
4000 Empire Dr., Suite 100  
Bakersfield, CA 93309  
Tel: (661) 631-8000  
Fax: (661) 631-8005

No tomaremos represalias si presenta una queja.

### **Apoyo en Otros Idiomas o Formatos**

Este aviso está disponible en inglés y en otros formatos accesibles, como letra grande o Braille, si lo solicita. Si necesita ayuda para entender este documento debido a una discapacidad o barrera de idioma, por favor avísenos.

### **Reconocimiento de Recibo**

Se le puede pedir que firme un formulario por separado para confirmar que ha recibido este Aviso. Firmarlo no es condición para recibir atención médica.

**Guarde este documento para sus registros.**