COUNTY OF SAN BERNARDINO STANDARD PRACTICE	No 14-1 34	Issue 05/2004 Page 1 of 2 Effective 04/2003
	By Rosaria Bulgarella	
DEPARTMENT BEHAVIORAL HEALTH	Approved	
SUBJECT CQI STANDARD PRACTICE HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (NOPP)	Carol Hughes, Assistant Director	

I. PURPOSE

To ensure compliance with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Privacy Rule implemented on April 14, 2003.

II. POLICY

All clients of San Bernardino Department of Behavioral Health services will be given the Notice of Privacy Practices (NOPP) to sign on the day of their first service. The NOPP notifies clients of their rights regarding the use and disclosure of their protected health information (PHI) and also of the legal duties of the Department of Behavioral Health regarding their PHI. The Notice is also available in the threshold language which must be given to clients whose primary language is the threshold language.

III. PROCEDURE

A. **New Clients:** All new clients must be given the HIPAA Notice of Privacy Practices along with the consent for treatment form no later than the first date of service.

   Current clients: Clients already receiving services must be given the form on the first service following the April 14, 2003 implementation date.

B. Thereafter, upon intake each client must be given the HIPAA Notice of Privacy Practices Handout along with the Consent for Treatment form.

C. Client must be asked to sign the Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices form (the last page of the Notice).

   - If the signature is not obtained (eg., client refuses), then document the good faith effort to obtain the signature along with why it was not obtained
   - The last page of the Acknowledgement of Receipt of Notice must be kept on file in the client's chart in the legal section

D. In an emergency treatment situation, the Notice of Privacy Practices must be given to the client as soon as reasonably practical after the emergency is over.

E. Copies of the Notice of Privacy Practices must be kept available at the front desk at all DBH clinics and service delivery sites for clients to request a paper copy to take with them.

F. The first four pages of the current Notice must be posted in a prominent place where clients will be able to clearly see and read the Notice.

G. Periodic changes to the Notice may be made, and the new Notice with current effective date will be sent to all service delivery sites. The posted Privacy Notice that is no longer in effect must be taken down and discarded along with all other copies. The new Privacy Notice must be posted promptly on the effective date and made available to clients on request.

Copies of the Notice of Privacy Practices and each subsequent revision will be kept on permanent file with the Privacy Officer.

SAN BERNARDINO COUNTY DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

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.

IV. EFFECTIVE APRIL 14, 2003

Your health information is personal and private, and we must protect it. This notice tells you how the law requires or permits us to use and disclose your health information. It also tells you what your rights are and what we must do to use and disclose your health information.

We must by law:

- keep your health information (also known as "protected health information" or "PHI") private
- give you this Notice of our legal duties and privacy practices regarding your PHI
- obey the terms of the current Notice in effect

Changes to this Notice: We have the right to make changes to this Notice and to apply those changes to your PHI If we make changes, you have the right to receive a copy of them in writing. To obtain a copy, you may ask your service provider or any DBH staff person.

HOW THE LAW PERMITS US TO USE AND DISCLOSE INFORMATION ABOUT YOU

We may use or give out your health information (PHI) for treatment, payment or health care operations. These are some examples:

- **For Treatment:** Health care professionals, such as doctors and therapists working on your case, may talk privately to determine the best care for you. They may look at health care services you had before or may have later on.

- **For Payment:** We need to use and disclose information about you to get paid for services we have given you For example, insurance companies ask that our bills have descriptions of the treatment and services we gave you to get payment.

- **For Health Care Operations:** We may use and disclose information about you to make sure that the services you get meet certain state and federal regulations. For example, we may use your protected health information to review services you have received to make sure you are getting the right care.

USES AND DISCLOSURES THAT DO NOT NEED YOUR AUTHORIZATION

- **To Other Government Agencies Providing Benefits or Services:** We may give information about you to other government agencies that are giving you benefits or services The information we release about you must be necessary for you to receive those benefits or services.

- **To Keep You Informed:** We may call or write to let you know about your appointments. We may also send you information about other treatments that may be of interest to you.

- **Research:** We may give your PHI to researchers for a research project that has gone through a special approval process. Researchers must protect the PHI they receive.

- **As Required by Law:** We will give your PHI when required to do so by federal or state law.

- **To Prevent a Serious Threat to Health or Safety:** We may use and give your PHI to prevent a serious threat to your health and safety or to the health and safety of the public or another person.

- **Workers' Compensation**: We may give your PHI for worker's compensation or programs that may give you benefits for work-related injuries or illness

- **Public Health Activities**. We may give your PHI for public health activities, such as to stop or control disease, stop injury or disability, and report abuse or neglect of children, elders and dependent adults

- **Health Oversight Activities**: We may give your PHI to a health oversight agency as authorized by law Oversight is needed to monitor the health care system, government programs and compliance with civil rights laws.

- **Lawsuits and Other Legal Actions**. If you have a lawsuit or legal action, we may give your PHI in response to a court order

- **Law Enforcement**: We may give your PHI when asked to do so by law enforcement officials:
  - In response to a court order, warrant, or similar process,
  - To find a suspect, fugitive, witness, or missing person;
  - If you are a victim of a crime and unable to agree to give information
  - To report criminal conduct at any of our locations, or
  - To give information about a crime or criminal in emergency circumstances

- **Coroners and Medical Examiners:** We may release medical information to a coroner or medical examiner This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine the cause of death.

- **National Security and Intelligence Activities**: We may give your PHI to authorized federal officials for intelligence, counterintelligence, and other national security activities authorized by law.

- **Protective Services for the President and Others** We may give your PHI to authorized federal officials so they may protect the President and other heads of state or do special investigations.

Other uses and disclosures of your PHI, not covered by this Notice or the laws that apply to us, will be made only with your written authorization. If you give us authorization to use or give out your PHI, you can change your mind at any time by letting your service provider know in writing. If you change your mind, we will stop using or disclosing your PHI, but we cannot take back anything already given out. We must keep records of the care that we gave you.

YOUR RIGHTS ABOUT YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

- **Right to See and Copy** Federal regulations say that you have the right to ask to see and copy your PHI. However, psychiatric and drug and alcohol treatment information is covered by other laws Because of these laws, your request to see and copy your PHI may be denied. You can get a handout about access to your records by asking your health care provider.

  A DBH therapist will approve or deny your request. If approved, we may charge a fee for the costs of copying and sending out your PHI. We may also ask if a summary, instead of the complete record, may be given to you.

  If your request is denied, you may appeal and ask that another therapist review your request.

- **Right to Ask for an Amendment**. If you believe that the information we have about you is incorrect or incomplete, you may request changes be made to your PHI as long as we maintain this information. While we will accept requests for changes, we are not required to agree to the changes.
  We may deny your request to change PHI if it came from another health care provider, if it is part of the PHI that you were not permitted to see and copy, or if your PHI is found to be accurate and complete.

- **Right to Know to Whom We Gave Your PHI:** You have the right to ask us to let you know to whom we may have given your PHI. Under federal guidelines, this is a list of anyone that was given your PHI not used for treatment, payment and health care operations or as required by law mentioned above

To get the list, you must ask your service provider in writing for it. You cannot ask for a list during a time period over six years ago or before April 14, 2003. The first list you ask for within a 12-month period will be free For more lists, we may charge you for the cost of copying and sending the list We will let you know the cost, and you may choose to stop or change your request before it costs you anything

- **Right to Ask Us to Limit PHI:** You have the right to ask us to limit the PHI that the law lets us use or give about you for treatment, payment or health care operations. *We don't have to agree to your request.* If we do agree, we will comply with your request unless the PHI is needed to give you emergency treatment

  To request limits, you must ask your service provider in writing. You must tell us (1) what PHI you want to limit, (2) whether you want to limit its use, disclosure or both, and (3) to whom you want the limits to apply.

- **Right to Ask for Privacy:** You have the right to ask us to tell 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 contact you at a certain phone number or by mail To request that certain information be kept private, you must ask your service provider in writing You must tell us how or where you wish to be contacted.

- **Right to a Paper Copy of This Notice:** You may ask us for a copy of this Notice at any time. Even if you have agreed to receive this Notice by e-mail, we will give you a paper copy of this Notice. You may ask any DBH staff person for a copy.

COMPLAINTS

If you believe your privacy rights have been violated, you may submit a complaint with us or with the Federal Government

Filing a complaint will not affect your right to further treatment or future treatment.

To file a complaint with the Department of Behavioral Health, contact:	**To file a complaint with the County Complaint Officer, contact:**
Office of Compliance **700 East Gilbert Street** **San Bernardino, CA 92415** **Phone # (909) 387-7028** **Fax# (909) 387-7090** **E-mail: *nsnowball@dbh.sbcounty.gov***	**Jim Pesta , Ethics Resource Officer** **504 North Mountain View Avenue** **San Bernardino, CA 92415-0038** **Phone # (909) 381-7960** **Fax # (909) 388-4281** **E-mail:*jpesta@hss.sbcounty.gov* or *ethics@hss.sbcounty.gov***

To file a complaint with the Federal Government, contact: Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights, Attention: Regional Manager, 50 United Nations Plaza, Room 322, San Francisco, CA 94102

For additional information call (800) 368-1019 or (866) 627-7748 or fax the U.S. Office of Civil Rights at (415) 437-8329 or (866) 788-4989 TTY or (415) 437-8311 TDD.

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices, which explains my rights and the limits on ways in which the County may use or disclose personal health information to provide service.

_____ _____
Client Name (printed) ***Client Signature***

Date _____ _____
If signed by other than client, indicate relationship.

Note: ***Parents must have legal custody. Legal guardians and conservators must show proof.***

OFFICE USE ONLY

Client did receive the Notice of Privacy Practices but did not sign this Acknowledgement of Receipt because:

Client left office before Acknowledgement could be signed.

☐ Client does not wish to sign this form.

☐ Client cannot sign this form because _____

_____

Client did not receive the Notice of Privacy Practices because.

☐ Client required emergency treatment.

☐ Client declined the Notice and signing of this Acknowledgement.

☐ Other. _____

_____

Name: _____
(Print name of provider or provider's representative)

Signed: _____
(Signature of provider or provider's representative)

45 CFR §164.520 Except in an emergency situation, ... make a good faith effort to obtain written acknowledgment of receipt of the Notice.... and if not obtained, document...good faith efforts to obtain such acknowledgment and the reason why...(it)...was not obtained.

ACKNOWLEDGEMENT OF NOPP	NAME
County of San Bernardino DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH	CHART
	DOB:
Confidential Patient Information See W & I Code 5328	PROGRAM:

04/09/03
P WORD HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRA

Departamento de Servicios de Salud Mental y Comportamiento, y Tratamiento para los Problemas de Alcohol y Drogas
Condado de San Bernardino

Anuncio de las Practicas de Privacidad

Este anuncio describe como la información protegida de salud obtenida acerca de usted puede ser usada y revelada, a sí mismo como también presenta información de cómo puede usted obtener acceso a su información. Por favor revise este anuncio con mucho cuidado.

EFECTIVO EN ABRIL 14 del 2003

La información de su salud es personal y privada, y nosotros debemos protegerla. Este anuncio le informa de los requisitos o permisos que la ley nos otorga para usar o revelar su información protegida de su salud. También le dice a usted que derechos tiene y que tenemos nosotros que hacer para usar y revelar esa información.
Por ley nosotros debemos:

- Mantener su información de salud (también conocida como " Información Protegida de salud" o "PHI") privadamente.
- Darle a usted información de nuestras responsabilidades legales y practicas de privacidad en relación con su información protegida de su salud personal.
- Obedecer los términos del presente anuncio en efecto

Cambios a este Anuncio: Nosotros tenemos derecho a hacer cambios a este anuncio y a aplicar esos cambios a su información protegida de salud personal. Si nosotros hacemos cambios, usted tiene el derecho a recibir una copia escrita de esos cambios. Para obtener una copia, usted puede preguntarle a su proveedor de los servicios o cualquiera de los empleados del departamento de salud mental y comportamiento.

¿CÓMO LA LEY PERMITE QUE NOSOTROS USEMOS Y REVELEMOS INFORMACIÓN PROTEGIDA ACERCA DE USTED?

Nosotros podemos dar información protegida de su salud (PHI) para tratamiento, colección de pago ú operaciones para el cuidado de la salud. Estos son algunos ejemplos·

- **Para Tratamiento**. Los profesionales de salud, como los doctores y terapeutas que están trabajando en su caso, algunas veces necesitan comunicarse privadamente para determinar el mejor tratamiento para usted. Ellos pueden mirar la información protegida de su salud de los servicios que usted ha recibido o que va a recibir.
- **Para la colección de Pago**: Nosotros necesitamos usar y revelar su información protegida de su salud para obtener el pago por los servicios que usted recibe. Por ejemplo, las compañías de seguro (Pólizas de seguro médico) requieren que en el recibo de cobro se incluya información acerca del tratamiento que usted recibe para que podamos obtener el pago.
- **Para la Operación del Cuidado de la Salud**: Nosotros podemos usar y revelar información protegida de su salud para asegurarnos que los servicios que usted recibe llenen los requisitos federales y del estado Por ejemplo, nosotros podemos usar su información protegida de su salud para revisar los servicios que ha recibido y asegurarnos que usted esta recibiendo el tratamiento adecuado.

USOS Y REVELACIONES QUE NO NECESITAN SU AUTORIZACIÓN

- **A Otras Organizaciones del Gobierno que Proveen Beneficios o Servicios**: Nosotros podemos dar información protegida acerca de usted a otras agencias del gobierno que le estén dándole beneficios o servicios. La información que vamos a revelarles tiene que ser indispensable para que usted reciba esos beneficios o servicios.

- **Para Mantenerlo a Usted Informado**: Nosotros podemos llamarlo o escribirle para dejarle saber acerca de sus citas. También podemos enviarle por correo información acerca de los tratamientos que puedan ser de interés para usted.

- **Estudios de investigación**: Nosotros podemos dar información protegida suya a los profesionales que están haciendo un proyecto de estudio de investigación que ha pasado por un proceso de aprobación. Los profesionales de la investigación están obligados a proteger la información que ellos reciben.

- **Cuando la Ley lo Requiere:** Nosotros daremos información protegida de su salud cuando sea requerido por la ley federal o del estado.

- **Para Prevenir Amenazas Serias de Salud y Seguridad**: Nosotros podemos usar o revelar información protegida de su salud para prevenir amenazas serias contra su salud y su seguridad o la salud y seguridad del público ú otra persona.

- **Compensaciones a los Trabajadores**: Nosotros podemos dar información protegida de su salud a la oficina de compensaciones a los trabajadores ú otros programas que posiblemente puedan darle a usted beneficios relacionados con accidentes de trabajo o enfermedad.

- **Actividades de Salud Pública**: Nosotros podemos dar información protegida de su salud para actividades de salud pública, tales como las actividades para parar o controlar enfermedades, parar accidentes o discapacidad, y para reportar abuso o negligencia de los niños, ancianos y adultos dependientes.

- **Actividades de Control y Monitoreo de los Programas de Salud**: Nosotros podemos dar información protegida de su salud a las agencias de control y monitoreo de los programas de salud como esta autorizado por la ley. Las actividades de control y monitoreo son necesarias para asegurar el buen funcionamiento de los sistemas de salud, programas de gobierno, y para garantizar el seguimiento de las leyes de los derechos civiles.

- **Demandas Judiciales y otras Acciones Legales**· si usted tiene una demanda legal o otra acción legal, nosotros podemos dar información protegida de su salud en respuesta a una orden de la corte.

- **Para Hacer Valer las Regulaciones de la Ley**. Nosotros podemos dar información protegida de su salud cuando la pidan los oficiales encargados de hacer valer las regulaciones de la ley:
  - En respuesta a una orden de la corte, una orden de arresto, o algún proceso similar;
  - Para encontrar un sospechoso, fugitivo, testigo, o persona perdida;
  - Si usted es victima de un crimen y no puede estar de acuerdo de dar información;
  - Para reportar conducta criminal en cualquiera de nuestras localizaciones; o
  - Para dar información acerca de un crimen o un criminal, en circunstancias de emergencia.

- **Funcionarios Encargados de Investigaciones de Muertes Repentinas y Examinadores Médicos**: Nosotros podemos dar información protegida de su salud a los funcionarios encargados de investigaciones de muertes repentinas o examinadores médicos. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar una persona fallecida o para determinar las causas de la muerte.

- **Seguridad Nacional y Actividades del Servicio de Inteligencia**: Nosotros podemos dar información protegida de su salud a oficiales federales autorizados para servicios de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades para la seguridad nacional y que son autorizadas por la ley.

- **Servicios de protección para el Presidente y Otros**: Nosotros podemos dar información protegida de su salud a oficiales federales autorizados para proteger al presidente y otras cabezas del estado de hacer investigaciones especiales.

Otros usos y reelaciones de su información protegida de su salud, que no estén cubiertos en este anuncio o por la ley que aplica a nosotros, serán hechos solamente con su autorización por escrito Si usted nos da autorización para usar o revelar información protegida de su salud, usted puede cambiar su pensar en cualquier momento dejándole saber, por escrito, al proveedor de sus servicios. Si usted cambia su pensar, nosotros dejaremos de usar o revelar información protegida de su salud, pero no podemos recuperar lo que ya se había revelado. Nosotros tenemos la obligación de mantener documentación del tratamiento que se le esta dando a usted.

SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SU SALUD (PHI)

- Derecho a Ver y Hace Copias: **Las regulaciones federales dicen que usted tiene el derecho de someter una solicitud para ver y copiar la información protegida de su salud. Sin embargo, la información acerca de los tratamientos psiquiátricos y acerca del uso de alcohol y drogas esta protegida por otras leyes. A causa de esas otras leyes, su petición de ver y copiar información protegida de su salud se le puede negar. Usted puede pedir un folleto con información acerca de cómo obtener la documentación acerca de su tratamiento preguntándole a su proveedor de los servicios de salud.**

  Un terapeuta del departamento de salud y comportamiento y del tratamiento del uso del alcohol y las drogas puede aprobar o negar su petición. Si su petición a sido aprobada, nosotros podemos cobrarle una tarifa por los costos de copias y envío por correo de su información. Nosotros también podemos preguntarle si un resumen de la información, en lugar de una copia completa, se le puede entregar.
  Si su petición es negada, usted puede apelar esa decisión y pedir que otro terapeuta revise su petición.

- Derecho a Pedir Correcciones: **Si usted considera que la información que tenemos acerca de usted es incorrecta, usted puede pedir que se hagan los cambios a la documentación, aceptamos la petición de hacer cambios, no estamos obligados a estar de acuerdo con esos cambios.**
  Nosotros podemos negar su petición de hacer cambios a su información si esta información viene de otras agencias de la salud, si es parte de la información a la que usted no se le permitió ver y tener copias, o si la información protegida de su salud se considera que es correcta, precisa, y completa.

- Derecho a Saber a Quien le Damos Información Protegida de su Salud: **usted tiene el derecho a pedir que le demos información acerca de a quién le hemos dado la información protegida de su salud. Bajo las regulaciones federales, esto seria una lista de todas las persona a las que se le haya dado información protegida de su salud y que no haya sido para uso en relación con su tratamiento, colecciones de pagos ú operaciones del servicio de salud o requeridas por la ley mencionada anteriormente.**

  Para obtener esta lista, usted debe hacer una petición por escrito a su proveedor de sus servicios. Usted no puede pedir esa lista después de seis años atrás o antes de Abril 14, 2003. La primera lista que usted pida dentro de un periodo de 12 meses será gratis. Para más listas, durante ese mismo periodo, nosotros vamos a cobrarle una tarifa por el costo de las copias y el envío de la lista por correo. Nosotros le dejaremos saber el costo con anticipación, y usted podrá decidir si retira su petición antes de que se haga el trabajo y se le cobre.

- Derecho a Pedir que su Información Protegida de su salud sea limitada: **Usted tiene el derecho a pedirnos que nosotros limitemos la información que la ley nos deja usar o revelar acerca de usted para el tratamiento, colección del pago o las operaciones del sistema de salud. Nosotros no tenemos que estar de acuerdo con su petición. Si nosotros estamos de acuerdo, nosotros nos acogemos a su petición a menos que la información completa sea necesaria en caso de un tratamiento de emergencia para usted.**

Para pedir limitaciones, usted debe hacer la petición por escrito a su proveedor de sus servicios. Usted debe decirnos (1) que información protegida de su salud usted quiere que se limite; (2) si usted quiere que se limite su uso o revelación o ambas cosas; y (3) a quién usted quiere que estas limitaciones se apliquen.

- Derecho a Pedir Privacidad: **Usted tiene el derecho a pedirnos a nosotros que le demos información acerca de sus citas y otras cosas en relacione con su tratamiento en una forma específica o en un lugar específico. Por ejemplo, usted puede pedir que nosotros lo contactemos a un teléfono especifico o por medio del correo. Para pedir que cierta información se mantenga privadamente, usted puede hacer esa petición por escrito a su proveedor de sus servicios. Usted debe dejarnos saber como y donde usted desea que sea contactado.**

- Derecho a Copia por Escrito de este Anuncio: **Usted puede pedirnos una copia de este anuncio en cualquier momento. Incluso si usted ha aceptado recibir este anuncio por correo electrónico, nosotros le daremos una copia en papel. Usted puede pedir la copia de este anuncia a cualquier empleado del departamento de salud y comportamiento.**

SISTEMA DE RECLAMOS Y DENUNCIOS

Si usted considera que sus derechos a la privacidad han sido violados, usted puede someter un reclamo o denuncio con nosotros o con el gobierno federal.

El someter un reclamo o denuncio no afecta su derecho a continuar sus servicios o recibir servicios en el futuro.

Para someter un reclamo con El departamento de Salud y Comportamiento, contacte: Oficina de Reclamos 700 East Gilbert Street San Bernardino, CA 924115 Teléfono # (909) 387-7028 Fax # (909) 387-7090 Correo Electrónico: *nsnowball@dbh.sbcounty gov*	Para someter un reclamo con la oficina de reclamos del condado, contacte: Jim Pesta, Oficial de Recursos Éticos 504 North Mountain View Avenue San Bernardino, CA 92415-0038 Teléfono # (909) 381-7960 Faz # (909) 388-4281 **Correo Electrónico:** ***jpesta@hss.sbcounty.gov*** **or** ***ethics@hss.sbcounty.gov***

Para someter un reclamo con el gobierno federal, contacte al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, Atención: Manager Regional, 50 United Nations Plaza, Salón 322, San Francisco, CA 94102
Para información adicional llame al (800) 368-1019 o (866) 627-7748 o mándelo por fax a la oficina de Derechos Civiles al (415) 437-8329 o (866) 788-4989 TTY o (415) 437-8311 TDD.

RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO EL ANUNCIO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo confirmo que he recibido el anuncio de las practicas de privacidad, las cuales explican mis derechos y limitaciones por las cuales el condado puede usar o revelar información protegida de salud personal para proveer servicios.

_____ _____
Nombre del Cliente (Impreso) Firma del Cliente

Fecha_____ _____
Si ha sido firmada por otra persona diferente a el cliente, indique la relación de ésta con el cliente.

Nota: Los padres deben tener la custodia legal. Cualquier persona con derecho legar para firmar por un cliente tiene que mostrar pruebas de sus derechos.

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

El cliente recibió el anuncio de las practicas de privacidad pero no firmó éste reconocimiento de haberlo recibido porque:

El cliente dejo la oficina antes de que el reconocimiento fuera firmado
El cliente no desea firmar esta forma.
El cliente no puede firmar esta forma porque:

_____
_____

El cliente no recibió el anuncio de las practicas de privacidad porque:

El cliente necesitó tratamiento de emergencia.
El cliente no aceptó el anuncio y la firma de éste reconocimiento.
Otro_____
_____

Nombre _____
(imprima el nombre del proveedor o su representante)

Firma: _____
(firma del proveedor o su representante)

45 CFR 164.520 Excepto en caso de emergencia,... haga el mayor esfuerzo de obtener el reconocimiento de haber recibido el Anuncio... y si no se obtiene, documente... sus esfuerzos para obtener tal reconocimiento y las razones por las cuales... (si no se obtuvo) no fue obtenido.

RECONOCIMIENTO DE ANUNCIO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD **Condado de San Bernardino** **DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y COMPORTAMIENTO** **Información confidencial del Paciente** **Refiérase al código W & I**	**Nombre del Cliente** **Numero del Record:** **Fecha de Nacimiento:** **Programa:**

 siempre y cuando nosotros podamos mantener esa información. A pesar de que
☐