

**The LGBTQ Center Long Beach  
HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Effective Date: 01/01/2025

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN OBTAIN ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**

The terms of this Notice of Privacy Practices ("Notice") apply to The LGBTQ Center Long Beach its affiliates and its employees. The LGBTQ Center Long Beach will share protected health information of patients as necessary to carry out treatment, payment, and health care operations as permitted by law.

We are required by law to maintain the privacy of our patients' protected health information and to provide patients with notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information. We are required to abide by the terms of this Notice for as long as it remains in effect. We reserve the right to change the terms of this Notice as necessary and to make a new notice of privacy practices effective for all protected health information maintained by The LGBTQ Center Long Beach. We are required to notify you in the event of a breach of your unsecured protected health information. We are also required to inform you that there may be a provision of state law that relates to the privacy of your health information that may be more stringent than a standard or requirement under the Federal Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPAA"). A copy of any revised Notice of Privacy Practices or information pertaining to a specific State law may be obtained by mailing a request to the Privacy Officer at the address below.

**USES AND DISCLOSURES OF YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION:**

**Authorization and Consent:** Except as outlined below, we will not use or disclose your protected health information for any purpose other than treatment, payment or health care operations unless you have signed a form authorizing such use or disclosure. You have the right to revoke such authorization in writing, with such revocation being effective once we actually receive the writing; however, such revocation shall not be effective to the extent that we have taken any action in reliance on the authorization, or if the authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage, other law provides the insurer with the right to contest a claim under the policy or the policy itself.

**Uses and Disclosures for Treatment:** We will make uses and disclosures of your protected health information as necessary for your treatment. Doctors and nurses and other professionals involved in your care will use information in your medical record and information that you provide about your symptoms and reactions to your course of treatment that may include procedures, medications, tests, medical history, etc.

**Uses and Disclosures for Payment:** We will make uses and disclosures of your protected health information as necessary for payment purposes. During the normal course of business operations, we may forward information regarding your medical procedures and treatment to your insurance company to arrange payment for the services provided to you. We may also use your information to prepare a bill to send to you or to the person responsible for your payment.

**Uses and Disclosures for Health Care Operations:** We will make uses and disclosures of your protected health information as necessary, and as permitted by law, for our health care operations, which may include clinical improvement, professional peer review, business management, accreditation and licensing, etc. For instance, we may use and disclose your protected health information for purposes of improving clinical treatment and patient care.

**Individuals Involved In Your Care:** We may from time to time disclose your protected health information to designated family, friends and others who are involved in your care or in payment of your care in order to facilitate that person's involvement in caring for you or paying for your care. If you are unavailable, incapacitated, or facing an emergency medical situation and we determine that a limited disclosure may be in your best interest, we may share limited protected health information with such individuals without your approval. We may also disclose limited protected health information to a public or private entity that is authorized to assist in disaster relief efforts in order for that entity to locate a family member or other persons that may be involved in some aspect of caring for you.

**Business Associates:** Certain aspects and components of our services are performed through contracts with outside persons or organizations, such as auditing, accreditation, outcomes data collection, legal services, etc. At times it may be necessary for us to provide your protected health information to one or more of these outside persons or organizations who assist us with our health care operations. In all cases, we require these associates to appropriately safeguard the privacy of your information.

**Appointments and Services:** We may contact you to provide appointment updates or information about your treatment or other health-related benefits and services that may be of interest to you. You have the right to request and we will accommodate reasonable requests by you to receive communications regarding your protected health information from us by alternative means or at alternative locations. For instance, if you wish appointment reminders to not be left on voice mail or sent to a particular address, we will accommodate reasonable requests. With such request, you must provide an appropriate alternative address or method of contact. You also have the right to request that we not send you any future marketing materials and we will use our best efforts to honor such request. You must make such requests in writing, including your name and address, and send such writing to the Privacy Officer at the address below.

**Research:** In limited circumstances, we may use and disclose your protected health information for research purposes. In all cases where your specific authorization is not obtained, your privacy will be protected by strict confidentiality requirements applied by an Institutional Review Board which oversees the research or by representations of the researchers that limit their use and disclosure of your information.

**Fundraising:** We may use your information to contact you for fundraising purposes. We may disclose this contact information to a related foundation so that the foundation may contact you for similar purposes. If you do not want us or the foundation to contact you for fundraising efforts, you must send such request in writing to the Privacy Officer at the address below.

**Other Uses and Disclosures:** We are permitted and/or required by law to make certain other uses and disclosures of your protected health information without your consent or authorization for the following:

- Any purpose required by law;
- Public health activities such as required reporting of immunizations, disease, injury, birth and death, or in connection with public health investigations;
- If we suspect child abuse or neglect; if we believe you to be a victim of abuse, neglect or domestic violence;
- To the Food and Drug Administration to report adverse events, product defects, or to participate in product recalls;
- To your employer when we have provided health care to you at the request of your employer;

- To a government oversight agency conducting audits, investigations, civil or criminal proceedings;
- Court or administrative ordered subpoena or discovery request;
- To law enforcement officials as required by law 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;
- To coroners and/or funeral directors consistent with law;
- If necessary to arrange an organ or tissue donation from you or a transplant for you;
- If you are a member of the military, we may also release your protected health information for national security or intelligence activities; and
- To workers' compensation agencies for workers' compensation benefit determination.

#### **DISCLOSURES REQUIRING AUTHORIZATION:**

**Psychotherapy Notes:** We must obtain your specific written authorization prior to disclosing any psychotherapy notes unless otherwise permitted by law. However, there are certain purposes for which we may disclose psychotherapy notes, without obtaining your written authorization, including the following: (1) to carry out certain treatment, payment or healthcare operations (e.g., use for the purposes of your treatment, for our own training, and to defend ourselves in a legal action or other proceeding brought by you), (2) to the Secretary of the Department of Health and Human Services to determine our compliance with the law, (3) as required by law, (4) for health oversight activities authorized by law, (5) to medical examiners or coroners as permitted by state law, or (6) for the purposes of preventing or lessening a serious or imminent threat to the health or safety of a person or the public.

**Genetic Information:** We must obtain your specific written authorization prior to using or disclosing your genetic information for treatment, payment or health care operations purposes. We may use or disclose your genetic information, or the genetic information of your child, without your written authorization only where it would be permitted by law.

**Marketing:** We must obtain your authorization for any use or disclosure of your protected health information for marketing, except if the communication is in the form of (1) a face-to-face communication with you, or (2) a promotional gift of nominal value.

**Sale of Protected Information:** We must obtain your authorization prior to receiving direct or indirect remuneration in exchange for your health information; however, such authorization is not required where the purpose of the exchange is for:

- Public health activities;
- Research purposes, provided that we receive only a reasonable, cost-based fee to cover the cost to prepare and transmit the information for research purposes;
- Treatment and payment purposes;
- Health care operations involving the sale, transfer, merger or consolidation of all or part of our business and for related due diligence;
- Payment we provide to a business associate for activities involving the exchange of protected health information that the business associate undertakes on our behalf (or the subcontractor undertakes on behalf of a business associate) and the only remuneration provided is for the performance of such activities;

- Providing you with a copy of your health information or an accounting of disclosures;
- Disclosures required by law;
- Disclosures of your health information for any other purpose permitted by and in accordance with the Privacy Rule of HIPAA, as long as the only remuneration we receive is a reasonable, cost-based fee to cover the cost to prepare and transmit your health information for such purpose or is a fee otherwise expressly permitted by other law; or
- Any other exceptions allowed by the Department of Health and Human Services.

#### **RIGHTS THAT YOU HAVE REGARDING YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION:**

**Access to Your Protected Health Information:** You have the right to copy and/or inspect much of the protected health information that we retain on your behalf. For protected health information that we maintain in any electronic designated record set, you may request a copy of such health information in a reasonable electronic format, if readily producible. Requests for access must be made in writing and signed by you or your legal representative. You may obtain a "Patient Access to Health Information Form" from the front office person. You will be charged a reasonable copying fee and actual postage and supply costs for your protected health information. If you request additional copies you will be charged a fee for copying and postage.

**Amendments to Your Protected Health Information:** You have the right to request in writing that protected health information that we maintain about you be amended or corrected. We are not obligated to make requested amendments, but we will give each request careful consideration. All amendment requests, must be in writing, signed by you or legal representative, and must state the reasons for the amendment/correction request. If an amendment or correction request is made, we may notify others who work with us if we believe that such notification is necessary. You may obtain an "Amendment Request Form" from the front office person or individual responsible for medical records.

**Accounting for Disclosures of Your Protected Health Information:** You have the right to receive an accounting of certain disclosures made by us of your protected health information after April 14, 2003. Requests must be made in writing and signed by you or your legal representative. "Accounting Request Forms" are available from the front office person or individual responsible for medical records. The first accounting in any 12-month period is free; you will be charged a fee for each subsequent accounting you request within the same 12-month period. You will be notified of the fee at the time of your request.

**Restrictions on Use and Disclosure of Your Protected Health Information:** You have the right to request restrictions on uses and disclosures of your protected health information for treatment, payment, or health care operations. We are not required to agree to most restriction requests, but will attempt to accommodate reasonable requests when appropriate. You do, however, have the right to restrict disclosure of your protected health information to a health plan if the disclosure is for the purpose of carrying out payment or health care operations and is not otherwise required by law, and the protected health information pertains solely to a health care item or service for which you, or someone other than the health plan on your behalf, has paid [Practice Name] in full. If we agree to any discretionary restrictions, we reserve the right to remove such restrictions as we appropriate. We will notify you if we remove a restriction imposed in accordance with this paragraph. You also have the right to withdraw, in writing or orally, any restriction by communicating your desire to do so to the individual responsible for medical records.

**Right to Notice of Breach:** We take very seriously the confidentiality of our patients' information, and we are required by law to protect the privacy and security of your protected health information through appropriate safeguards. We will notify you in the event a breach occurs involving or potentially involving your unsecured health information and inform you of what steps you may need to take to protect yourself.

**Paper Copy of this Notice:** You have a right, even if you have agreed to receive notices electronically, to obtain a paper copy of this Notice. To do so, please submit a request to the Privacy Officer at the address below.

**Complaints:** If you believe your privacy rights have been violated, you can file a complaint in writing with the Privacy Officer. You may also file a complaint with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services at the below address. There will be no retaliation for filing a complaint.

Print and mail the completed complaint and consent forms to:  
Centralized Case Management Operations  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F HHH Bldg.  
Washington, D.C. 20201

**For Further Information:** If you have questions, need further assistance regarding or would like to submit a request pursuant to this Notice, you may contact Rebecca Ruiz, The LGBTQ Center Long Beach Privacy Officer by phone at (562) 434-4455 ext. 239 or at the following address: 2017 E 4th St., Long Beach, CA 90815.

This Notice of Privacy Practices is also available on our business website at [www.centerlb.org/services/health-services](http://www.centerlb.org/services/health-services).

## El Centro LGBTQ Long Beach

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

Fecha de vigencia: 01/01/2025

#### **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISELO CUIDADOSAMENTE.**

Los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso") se aplican al Centro LGBTQ Long Beach, sus afiliados y empleados. El Centro LGBTQ Long Beach compartirá la información de salud protegida de los pacientes cuando sea necesario para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, según lo permita la ley.

Por ley, estamos obligados a mantener la privacidad de la información de salud protegida de nuestros pacientes y a proporcionarles un aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso mientras permanezca en vigor. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso cuando sea necesario y de hacer que un nuevo aviso de prácticas de privacidad entre en vigor para toda la información de salud protegida mantenida por el Centro LGBTQ Long Beach. Estamos obligados a notificarle en caso de una violación de su información de salud protegida no asegurada. También estamos obligados a informarle que puede existir una disposición de la ley estatal que se relacione con la privacidad de su información de salud que sea más estricta que un estándar o requisito bajo la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud ("HIPAA"). Puede obtener una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad revisado o información relacionada con una ley estatal específica enviando una solicitud por correo al Oficial de Privacidad a la dirección que se encuentra abajo.

#### **USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

**Autorización y Consentimiento:** Excepto según se detalla a continuación, no utilizaremos ni divulgaremos su información de salud protegida para ningún propósito que no sea tratamiento, pago u operaciones de atención médica, a menos que haya firmado un formulario autorizando tal uso o divulgación. Usted tiene el derecho de revocar dicha autorización por escrito, siendo efectiva la revocación una vez que recibamos el escrito; sin embargo, dicha revocación no será efectiva en la medida en que hayamos tomado alguna acción confiando en la autorización, o si la autorización fue obtenida como condición para obtener cobertura de seguro, si otra ley otorga al asegurador el derecho de impugnar una reclamación bajo la póliza o la propia póliza.

**Usos y Divulgaciones para Tratamiento:** Haremos usos y divulgaciones de su información de salud protegida según sea necesario para su tratamiento. Los médicos, enfermeras y otros profesionales involucrados en su atención usarán la información de su expediente médico y la información que usted proporcione sobre sus síntomas y reacciones al tratamiento, que puede incluir procedimientos, medicamentos, pruebas, antecedentes médicos, etc.

**Usos y Divulgaciones para Pago:** Haremos usos y divulgaciones de su información de salud protegida según sea necesario para fines de pago. Durante el curso normal de las operaciones comerciales, podemos enviar información sobre sus procedimientos médicos y tratamiento a su compañía de seguros para organizar el pago por los servicios proporcionados. También podemos usar su información para preparar una factura que se enviará a usted o a la persona responsable de su pago.

**Usos y Divulgaciones para Operaciones de Atención Médica:** Haremos usos y divulgaciones de su información de salud protegida según sea necesario, y según lo permita la ley, para nuestras operaciones de atención médica, las cuales pueden incluir mejora clínica, revisión profesional por pares, gestión empresarial, acreditación y licencias, etc. Por ejemplo, podemos usar y divulgar su información de salud protegida con el propósito de mejorar el tratamiento clínico y la atención al paciente.

**Personas Involucradas en Su Atención:** De vez en cuando, podemos divulgar su información de salud protegida a familiares, amigos y otras personas designadas que estén involucradas en su atención o en el pago de su atención, para facilitar la participación de esa persona en su cuidado o en el pago por su atención. Si usted no está disponible, está incapacitado o enfrenta una situación médica de emergencia y determinamos que una divulgación limitada podría ser en su mejor interés, podemos compartir información de salud protegida limitada con estas personas sin su aprobación. También podemos divulgar información limitada de salud protegida a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en esfuerzos de asistencia en caso de desastre, para que dicha entidad pueda localizar a un familiar o a otras personas que puedan estar involucradas en algún aspecto de su atención.

**Asociados Comerciales:** Ciertos aspectos y componentes de nuestros servicios se realizan mediante contratos con personas u organizaciones externas, como auditorías, acreditación, recolección de datos de resultados, servicios legales, etc. En ocasiones, puede ser necesario que proporcionemos su información de salud protegida a una o más de estas personas u organizaciones externas que nos asisten con nuestras operaciones de atención médica. En todos los casos, requerimos que estos asociados salvaguarden adecuadamente la privacidad de su información.

**Citas y Servicios:** Podemos ponernos en contacto con usted para proporcionarle actualizaciones sobre citas o información sobre su tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle. Usted tiene el derecho de solicitar y nosotros atenderemos las solicitudes razonables que haga para recibir comunicaciones sobre su información de salud protegida por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Por ejemplo, si desea que los recordatorios de citas no se dejen en el buzón de voz o se envíen a una dirección específica, atenderemos solicitudes razonables. Para tales solicitudes, debe proporcionar una dirección alternativa adecuada o un método de contacto. También tiene el derecho de solicitar que no le enviemos material de marketing futuro y haremos todo lo posible para honrar dicha solicitud. Debe hacer estas solicitudes por escrito, incluyendo su nombre y dirección, y enviar este escrito al Oficial de Privacidad en la dirección que se encuentra abajo.

**Investigación:** En circunstancias limitadas, podemos usar y divulgar su información de salud protegida con fines de investigación. En todos los casos en que no se obtenga su autorización específica, su privacidad será protegida mediante estrictos requisitos de confidencialidad aplicados por una Junta de Revisión Institucional que supervisa la investigación o mediante declaraciones de los investigadores que limitan el uso y la divulgación de su información.

**Recaudación de Fondos:** Podemos usar su información para contactarlo con fines de recaudación de fondos. Podemos divulgar esta información de contacto a una fundación relacionada para que dicha fundación pueda contactarlo para fines similares. Si no desea que nosotros o la fundación lo contactemos para esfuerzos de recaudación de fondos, debe enviar tal solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección abajo indicada.

**Otros Usos y Divulgaciones:** La ley nos permite y/o nos exige hacer ciertos otros usos y divulgaciones de su información de salud protegida sin su consentimiento o autorización para los siguientes fines:

- Cualquier propósito requerido por la ley;
- Actividades de salud pública, como el reporte obligatorio de inmunizaciones, enfermedades, lesiones, nacimientos y muertes, o en relación con investigaciones de salud pública;
- Si sospechamos abuso o negligencia infantil; si creemos que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- A la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para reportar eventos adversos, defectos de productos o para participar en retiradas de productos;
- A su empleador cuando le hayamos proporcionado atención médica a solicitud de su empleador;

- A una agencia gubernamental de supervisión que realice auditorías, investigaciones, procedimientos civiles o penales;
- En respuesta a una citación u orden judicial o administrativa de presentación de pruebas; A funcionarios de la ley, según lo requiera la ley, si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o si la ley lo requiere o autoriza;
- A médicos forenses y/o directores de funerarias, conforme a la ley;
- Si es necesario para coordinar una donación de órganos o tejidos de su parte, o un trasplante para usted;
- Si usted es miembro de las fuerzas armadas, también podemos divulgar su información de salud protegida para actividades de seguridad nacional o inteligencia; y
- A agencias de compensación laboral para la determinación de beneficios por compensación al trabajador.

### **DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN:**

**Notas de Psicoterapia:** Debemos obtener su autorización específica por escrito antes de divulgar cualquier nota de psicoterapia, a menos que la ley permita lo contrario. Sin embargo, existen ciertos propósitos para los cuales podemos divulgar notas de psicoterapia sin su autorización escrita, incluyendo los siguientes:

- (1) para llevar a cabo ciertos tratamientos, pagos u operaciones de atención médica (por ejemplo, uso con fines de su tratamiento, para nuestra propia capacitación o para defendernos en una acción legal u otro procedimiento iniciado por usted);
- (2) al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para determinar nuestro cumplimiento con la ley;
- (3) cuando sea requerido por ley;
- (4) para actividades de supervisión de salud autorizadas por la ley;
- (5) a médicos forenses, según lo permita la ley estatal; o
- (6) con el fin de prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.

**Información Genética:** Debemos obtener su autorización específica por escrito antes de usar o divulgar su información genética para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Podemos usar o divulgar su información genética, o la información genética de su hijo, sin su autorización escrita solo si la ley lo permite.

**Marketing:** Debemos obtener su autorización para cualquier uso o divulgación de su información de salud protegida con fines de mercadeo, excepto si la comunicación es en forma de (1) una conversación cara a cara con usted, o (2) un obsequio promocional de valor nominal.

**Venta de Información Protegida:** Debemos obtener su autorización antes de recibir compensación directa o indirecta a cambio de su información de salud; sin embargo, dicha autorización no es requerida cuando el propósito del intercambio es para:

- Actividades de salud pública;
- Fines de investigación, siempre que solo recibamos una tarifa razonable basada en el costo para cubrir los gastos de preparación y transmisión de la información con fines de investigación;
- Fines de tratamiento y pago;
- Operaciones de atención médica que involucren la venta, transferencia, fusión o consolidación de todo o parte de nuestro negocio, y para la debida diligencia relacionada con ello;
- Pago que proporcionamos a un asociado comercial por actividades que involucren el intercambio de información de salud protegida que el asociado comercial realice en nuestro nombre (o que un subcontratista realice en nombre del asociado comercial), y la única remuneración proporcionada sea por la realización de dichas actividades;

- Proporcionarle una copia de su información médica o una relación de las divulgaciones;
- Divulgaciones exigidas por la ley;
- La divulgación de sus datos médicos para cualquier otro fin permitido por la Ley de Protección de Datos Personales (Privacy Rule of HIPAA), siempre que la única remuneración que recibamos sea una tarifa razonable, basada en los costes, para cubrir los gastos de preparación y transmisión de sus datos médicos para dicho fin, o una tarifa permitida expresamente por otra ley;
- Cualquier otra excepción permitida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

#### **DERECHOS QUE LE ASISTEN EN RELACIÓN CON SUS DATOS SANITARIOS PROTEGIDOS:**

**Acceso a su información médica protegida:** Usted tiene derecho a copiar y/o inspeccionar gran parte de la información médica protegida que conservamos en su nombre. Para la información de salud protegida que mantenemos en cualquier conjunto de registros electrónicos designados, usted puede solicitar una copia de dicha información de salud en un formato electrónico razonable, si es fácilmente producible. Las solicitudes de acceso deben realizarse por escrito y estar firmadas por usted o su representante legal. Puede obtener un «Formulario de acceso del paciente a la información sanitaria» de un miembro del personal de los servicios médicos.

**Enmiendas a su información médica protegida:** Usted tiene derecho a solicitar por escrito que se modifique o corrija la información médica protegida que mantenemos sobre usted. No estamos obligados a realizar las modificaciones solicitadas, pero estudiaremos detenidamente cada solicitud. Todas las solicitudes de modificación deben realizarse por escrito, estar firmadas por usted o por su representante legal, y deben indicar los motivos de la solicitud de modificación o corrección. Si se realiza una solicitud de modificación o corrección, podremos notificarlo a otras personas que trabajen con nosotros si consideramos que dicha notificación es necesaria. Puede obtener un «Formulario de solicitud de modificación» de la persona de recepción o responsable de los historiales médicos.

**Enmiendas a su información médica protegida:** Usted tiene derecho a solicitar por escrito que se modifique o corrija la información médica protegida que mantenemos sobre usted. No estamos obligados a realizar las modificaciones solicitadas, pero estudiaremos detenidamente cada solicitud.

**Restricciones al uso y divulgación de su información médica protegida:** Usted tiene derecho a solicitar restricciones en los usos y divulgaciones de su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a acceder a la mayoría de las solicitudes de restricción, pero intentaremos satisfacer las solicitudes razonables cuando proceda. Usted, sin embargo, tiene el derecho de restringir la divulgación de su información médica protegida a un plan de salud si la divulgación es con el fin de llevar a cabo el pago o las operaciones de atención de salud y no es requerido por la ley, y la información de salud protegida se refiere únicamente a un artículo de atención médica o servicio para el que usted, o alguien que no sea el plan de salud en su nombre, ha pagado The LGBTQ Center Long Beach en su totalidad. Si aceptamos alguna restricción discrecional, nos reservamos el derecho de eliminar dicha restricción cuando lo consideremos oportuno. Le notificaremos si eliminamos una restricción impuesta de conformidad con este párrafo. También tiene derecho a retirar, por escrito o verbalmente, cualquier restricción comunicando su deseo de hacerlo a la persona responsable de los historiales médicos.

**Derecho a notificación de infracción:** Nos tomamos muy en serio la confidencialidad de la información de nuestros pacientes, y estamos obligados por ley a proteger la privacidad y seguridad de su información de salud protegida a través de las salvaguardias adecuadas. Le notificaremos en caso de que se produzca una infracción que afecte o pueda afectar a sus datos sanitarios no protegidos y le informaremos de las medidas que debe tomar para protegerse.

**Copia en papel de este Aviso:** Tiene usted derecho a obtener una copia impresa del presente aviso, aun cuando haya aceptado recibirlo por vía electrónica. Para hacerlo, envíe una solicitud al responsable de privacidad a la dirección indicada a continuación.

**Denuncias:** Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito al responsable de privacidad. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., en la dirección indicada a continuación. No habrá represalias por presentar una queja.

Imprima y envíe por correo los formularios de reclamación y consentimiento cumplimentados a:  
Centralized Case Management Operations  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F HHH Bldg.  
Washington, D.C. 20201

**Para más información:** Si tiene alguna pregunta, necesita más ayuda o desea presentar una solicitud de conformidad con este aviso, puede ponerse en contacto con Rebecca Ruiz, el Oficial de Privacidad de The LGBTQ Center Long Beach por teléfono al (562) 434-4455 ext. 239 o en la siguiente dirección: 2017 E 4th St., Long Beach, CA 90815.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad también está disponible en nuestro sitio web en [www.centerlb.org/services/health-services](http://www.centerlb.org/services/health-services).