AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

San Francisco AIDS Foundation y Strut SFAF LLC, que opera como SFAF Pharmacy

Fecha de vigencia: 15 de octubre de 2026

> **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN. USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTE AVISO (EN PAPEL O EN FORMATO ELECTRÓNICO).**

A quiénes se aplica este aviso

San Francisco AIDS Foundation (“SFAF”) y su subsidiaria de propiedad total, Strut SFAF LLC, que opera como SFAF Pharmacy (“SFAF Pharmacy”), se han designado como una sola entidad cubierta afiliada conforme a la ley HIPAA y siguen este único aviso. En este aviso, “nosotros” y “nuestro” se refieren a ambas organizaciones. SFAF ofrece pruebas y atención para el VIH y las ITS, PrEP y PEP, atención para la hepatitis C, atención de afirmación de género, salud del comportamiento y servicios para el uso de sustancias. SFAF Pharmacy surte recetas en 470 Castro Street, Suite B, San Francisco.

Ambas organizaciones siguen este aviso en todas nuestras ubicaciones:

- Strut, 470 Castro Street
- 940 Howard Street
- 6th Street Center, 117 6th Street
- nuestros servicios móviles y de telesalud

Este aviso se aplica a su información de salud. La información que recopilamos cuando usted navega en nuestro sitio web, se suscribe a nuestro boletín o hace una donación está cubierta por nuestra Política de Privacidad del Sitio Web, que es un documento aparte.

Nuestras obligaciones con usted

La ley nos exige mantener la privacidad de su información de salud protegida. La información de salud protegida es información que lo identifica a usted y que se relaciona con su salud, su atención o el pago de su atención. Debemos:

- entregarle este aviso

- cumplir con el aviso que esté vigente
- informarle si una violación de seguridad pone en riesgo su información de salud no protegida

Podemos cambiar este aviso. Cualquier cambio se aplicará a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso aparecerá en nuestro sitio web y en nuestras ubicaciones, y usted puede pedirnos una copia.

Qué información de salud recopilamos

Recopilamos la información que necesitamos para atenderle y surtir sus recetas. Esto incluye:

- su nombre, datos de contacto, fecha de nacimiento e información de seguro
- su historial médico, resultados de pruebas, diagnósticos y notas de tratamiento
- recetas y registros de los medicamentos que recibió
- registros de facturación y pagos
- información de consultas de telesalud y de mensajes del portal para pacientes

También podemos recibir información sobre usted de otros proveedores, laboratorios, planes de salud y administradores de beneficios de farmacia.

Cómo usamos y compartimos su información sin su permiso por escrito

Tratamiento. Usamos y compartimos su información para brindarle y coordinar su atención. Por ejemplo:

- un profesional clínico de SFAF puede enviar su receta de PrEP a SFAF Pharmacy
- SFAF Pharmacy puede comunicarse con quien le recetó un medicamento para hablar de un resurtido
- podemos compartir resultados con un especialista o laboratorio que participe en su atención

Pago. Usamos y compartimos su información para facturar y recibir pagos de usted, de su plan de salud, de un administrador de beneficios de farmacia o de un programa que financie su atención. Usted puede pedirnos que no facturemos a su plan de salud. Consulte “Derecho a solicitar restricciones” en la sección Sus derechos, más abajo.

Operaciones de atención médica. Usamos y compartimos su información para administrar nuestras organizaciones. Esto incluye la mejora de la calidad, la capacitación del personal, auditorías, licencias, acreditaciones y trabajo legal y de cumplimiento.

Socios comerciales. Compartimos información con proveedores que prestan servicios para nosotros, como nuestros proveedores de expediente médico electrónico, telesalud, laboratorio y facturación. Cada proveedor debe firmar un contrato que le exige proteger su información.

Recordatorios y comunicaciones relacionadas con la salud. Podemos comunicarnos con usted sobre citas, resultados de pruebas, resurtidos u opciones de tratamiento. Usaremos el medio de

contacto que usted nos indique que es seguro para usted.

Personas que participan en su atención. Si usted está de acuerdo, o no se opone, podemos compartir información pertinente con un familiar, amigo u otra persona que usted nombre y que participe en su atención o en el pago de esta. También podemos compartir información para ayudar en labores de socorro en casos de desastre.

Según lo exija o permita la ley. Podemos compartir su información cuando lo exija una ley federal, estatal o local, o para los siguientes fines:

- informes de salud pública, como informar ciertas enfermedades contagiosas a los departamentos de salud pública
- informar sospechas de abuso o negligencia de un niño, una persona mayor o un adulto dependiente
- prevenir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad
- actividades de supervisión de la salud, como auditorías e inspecciones
- procedimientos judiciales y administrativos, como una orden judicial o una citación que cumpla los requisitos legales
- fines de las autoridades policiales que la ley permita
- médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias
- donación de órganos y tejidos
- investigaciones aprobadas con medidas de protección de la privacidad
- compensación laboral
- ciertas funciones del gobierno, como la seguridad nacional
- informar recetas de sustancias controladas a la base de datos CURES de California

Recaudación de fondos. Podemos comunicarnos con usted para pedirle apoyo para nuestro trabajo. Cada mensaje de recaudación de fondos le indicará cómo dejar de recibirlos, y respetaremos su decisión. Su decisión no afectará su atención.

Usos que requieren su permiso por escrito

No haremos lo siguiente sin su autorización por escrito:

- usar o compartir notas de psicoterapia, excepto en los casos limitados que permite la ley
- usar su información para fines de mercadeo
- vender su información

También le pediremos su autorización por escrito para cualquier otro uso o divulgación que no se describa en este aviso. Usted puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento. La revocación no anulará las acciones que ya hayamos tomado con base en esa autorización.

Protecciones adicionales para información delicada

Las leyes de California y las leyes federales dan a cierta información más protección de la que describe este aviso. Cuando se aplica una ley más estricta, la cumplimos. Algunos ejemplos son:

- resultados de pruebas del VIH
- información de salud mental
- información sobre menores de edad
- información sobre atención de salud sexual y reproductiva
- información sobre atención de afirmación de género

Por ejemplo, la ley de California generalmente exige su autorización por escrito antes de que compartamos los resultados de una prueba del VIH, a menos que la ley exija o permita esa divulgación.

La ley de California permite que los menores de edad den su consentimiento por sí mismos para ciertos servicios, como las pruebas y el tratamiento del VIH y las ITS y, en algunos casos, el tratamiento de salud mental y del uso de sustancias. Cuando un menor da su consentimiento por sí mismo, el menor controla el acceso a esos expedientes.

Expedientes de trastornos por uso de sustancias

Los expedientes de nuestro programa de trastornos por uso de sustancias protegido por la ley federal están protegidos por el Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Parte 2 (42 CFR Part 2). Se aplican estas reglas:

- **Consentimiento para tratamiento, pago y operaciones.** Compartimos estos expedientes solo con su consentimiento por escrito, a menos que la ley permita otra cosa. Usted puede dar un solo consentimiento que cubra todos los usos futuros para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Un destinatario cubierto por HIPAA que reciba expedientes bajo ese consentimiento puede volver a compartirlos según lo permita HIPAA.
- **Procedimientos legales.** Sus expedientes, o testimonios sobre ellos, no pueden usarse para investigarle o presentar cargos en su contra, ni en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra. Las excepciones son su consentimiento específico por escrito o una orden judicial que siga los procedimientos de la Parte 2.
- **Notas de consejería.** Las notas de consejería sobre trastornos por uso de sustancias requieren un consentimiento aparte.
- **Recaudación de fondos.** Usted puede pedir que estos expedientes no se usen para recaudar fondos.
- **Quejas.** Usted puede presentar una queja sobre estos expedientes ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Cómo limitamos lo que usamos y compartimos

Hacemos esfuerzos razonables para limitar la información que usamos, compartimos o solicitamos al mínimo necesario para el fin correspondiente. La ley no aplica esta norma cuando compartimos información:

- para su tratamiento
- con usted
- con su autorización por escrito
- con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
- cuando la ley exige la divulgación

Sus derechos

Derecho a ver y obtener una copia de sus expedientes. Usted puede pedir ver u obtener una copia de sus expedientes de salud y de facturación. Si los tenemos en formato electrónico, puede pedir una copia electrónica, y se la daremos en el formato que solicite si podemos producirla fácilmente. También puede pedirnos por escrito que enviemos una copia a la persona que usted elija.

Si pide revisar sus expedientes, le permitiremos hacerlo en horario de atención dentro de los cinco días hábiles siguientes a la recepción de su solicitud. Puede venir acompañado de una persona de su elección.

Si pide una copia, se la enviaremos dentro de los 15 días siguientes a la recepción de su solicitud.

Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo de las copias. No retendremos sus expedientes porque tenga una factura pendiente de pago.

Derecho a pedirnos que corrijamos sus expedientes. Usted puede pedirnos por escrito que corrijamos información que considere incorrecta o incompleta. Le responderemos dentro de 60 días. Si necesitamos más tiempo, le explicaremos por qué y podremos extender el plazo una sola vez por hasta 30 días. Si rechazamos su solicitud, le explicaremos el motivo por escrito. Usted podrá entonces presentar una declaración de desacuerdo, que agregaremos a su expediente.

Derecho a recibir un informe de divulgaciones. Usted puede pedir una lista de ciertas ocasiones en que compartimos su información de salud durante los seis años anteriores a su solicitud. La lista mostrará:

- la fecha de cada divulgación
- el nombre de la persona u organización que recibió la información, y su dirección si la conocemos
- una breve descripción de la información compartida
- el motivo por el que se compartió

La lista no incluirá divulgaciones hechas:

- para tratamiento, pago u operaciones de atención médica
- a usted, o con su autorización por escrito
- a personas que participan en su atención
- como parte incidental de un uso o divulgación que de otro modo esté permitido
- para fines de seguridad nacional o inteligencia
- a instituciones correccionales o a autoridades policiales que lo tengan bajo custodia
- como parte de un conjunto limitado de datos

Le responderemos dentro de 60 días. Si necesitamos más tiempo, le explicaremos por qué y podremos extender el plazo una sola vez por hasta 30 días. Su primera lista en cualquier período de 12 meses es gratuita. Por cualquier lista adicional en ese período, podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo. Le informaremos la tarifa por adelantado para que pueda cambiar o retirar su solicitud. La ley puede exigirnos retrasar por un tiempo limitado la inclusión de ciertas divulgaciones si así lo pide una agencia de supervisión de la salud o una autoridad policial.

Derecho a solicitar restricciones. Usted puede pedirnos que limitemos cómo usamos o compartimos su información para tratamiento, pago u operaciones. No estamos obligados a aceptar la mayoría de las solicitudes. Hay una excepción: si usted, o alguien en su nombre, paga en su totalidad de su propio bolsillo un artículo o servicio, puede pedirnos que no compartamos información sobre ese artículo o servicio con su plan de salud, y debemos aceptar, a menos que la ley exija la divulgación. Esto se aplica tanto a las consultas de SFAF como a las recetas de SFAF Pharmacy.

Derecho a comunicaciones confidenciales. Usted puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierto lugar, como un número de teléfono, una dirección postal específica o el portal para pacientes. Aceptaremos las solicitudes razonables y no le preguntaremos el motivo de su solicitud.

Derecho a una copia en papel de este aviso. Usted puede pedir una copia en papel en cualquier momento, aunque haya aceptado recibirlo en formato electrónico.

Derecho a elegir a alguien que actúe en su nombre. Un tutor legal o una persona con un poder notarial suyo puede ejercer sus derechos. La excepción son los expedientes que un menor controla conforme a la ley de California.

Derecho a recibir notificación de una violación de seguridad. Le notificaremos si una violación de seguridad afecta su información de salud no protegida.

Para ejercer cualquiera de estos derechos, comuníquese con el Oficial de Privacidad. Podemos darle formularios de solicitud.

Cómo presentar una queja

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestro Oficial de Privacidad. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

- Correo postal: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201
- Teléfono: 1-877-696-6775
- En línea: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

No tomaremos represalias contra usted, no lo sancionaremos ni le negaremos atención por presentar una queja.

Comuníquese con el Oficial de Privacidad

Oficial de Privacidad
San Francisco AIDS Foundation y Strut SFAF LLC (que opera como SFAF Pharmacy)
940 Howard Street, San Francisco, CA 94103
Correo electrónico: privacyofficer@sfaf.org
Teléfono: (415) 487-3000

El Oficial de Privacidad responde preguntas sobre este aviso en nombre de San Francisco AIDS Foundation y de SFAF Pharmacy.

Asistencia lingüística y formatos accesibles

San Francisco AIDS Foundation and Strut SFAF LLC, doing business as SFAF Pharmacy

Need this in another language or format?

Free language help, including interpreters and translated documents, and accessible formats such as large print are available at no cost on request. Call (415) 487-3000 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística, incluidos intérpretes y documentos traducidos, y formatos accesibles. Llame al (415) 487-3000 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務，包括口譯員、翻譯文件及無障礙格式。請致電 (415) 487-3000（TTY：711）。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn, bao gồm thông dịch viên, tài liệu được biên dịch và các định dạng dễ tiếp cận. Gọi số (415) 487-3000 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad, kabilang ang mga interpreter, mga isinaling dokumento, at mga accessible na format. Tumawag sa (415) 487-3000 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 통역사, 번역된 문서 및 접근 가능한 형식을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (415) 487-3000 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ձեզ անվճար տրամադրվում են լեզվական աջակցության ծառայություններ, այդ թվում՝ բանավոր թարգմանիչ, թարգմանված փաստաթղթեր և մատչելի ձևաչափեր: Զանգահարեք (415) 487-3000 (TTY: 711):

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی، اسناد ترجمه‌شده و قالب‌های قابل دسترس، به صورت رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرد. با شماره (415) 487-3000 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая услуги устного переводчика, переведённые документы и доступные форматы. Звоните по телефону (415) 487-3000 (TTY: 711).

注意事項：日本語を話される場合、通訳、翻訳文書、およびアクセシブルな形式を含む言語支援サービスを無料でご利用いただけます。(415) 487-3000（TTY：711）までお電話ください。

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية، بما في ذلك المترجمون الفوريون والمستندات المترجمة والصيغ الميسّرة، متاحة لك مجانًا. اتصل على الرقم (415) 487-3000 (TTY: 711).

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ, ਅਨੁਵਾਦ ਕੀਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਮੁਫ਼ਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। (415) 487-3000 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ចំណាប់អារម្មណ៍៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយផ្នែកភាសា រួមទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឯកសារដែលបានបកប្រែ និងទម្រង់ដែលងាយស្រួលប្រើ មានសម្រាប់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ (415) 487-3000 (TTY: 711)។

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, suav nrog tus neeg txhais lus, cov ntaub ntawv txhais ua lus, thiab cov ntaub ntawv uas yooj yim nkag siab, muaj rau koj dawb xwb. Hu rau (415) 487-3000 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए दुभाषिया, अनूदित दस्तावेज़ और सुलभ प्रारूपों सहित भाषा सहायता सेवाएँ निःशुल्क उपलब्ध हैं। (415) 487-3000 (TTY: 711) पर कॉल करें।

เรียน: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือด้านภาษาได้ฟรี รวมถึงล่าม เอกสารที่แปลแล้ว และรูปแบบที่เข้าถึงได้ง่าย โทร (415) 487-3000 (TTY: 711)