

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe como podría ser usada y divulgada su información médica, además de cómo puede tener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.

Tengo una obligación legal para proteger su información de salud protegida (PHI)

Estoy legalmente obligado a proteger la privacidad de su PHI, lo cual incluye información que puede ser usada para identificar a usted y que he creado o recibido acerca de su salud o condición pasada, presente o futura, la provisión de cuidados de la salud para usted o el pago de este cuidado de la salud. Debo proveerle con este aviso acerca de mis prácticas sobre privacidad, y dicho aviso debe explicar cómo, cuándo y por qué yo "usaré" y "divulgaré" su PHI. Un "uso" de PHI ocurre cuando comparto, examino, utilizo, aplico o analizo dicha información dentro de mi práctica; PHI es "divulgado" cuando es liberada, transferida, ha sido dada o es de alguna manera divulgada a una tercera persona fuera de mi oficina. Con algunas excepciones, no puedo usar ni divulgar más de lo necesario de su PHI para lograr el propósito para el cual el uso o divulgación es hecha. Y, estoy legalmente obligado a seguir las prácticas de privacidad descritas en este aviso.

Sin embargo, me reservo el derecho para cambiar los términos de este aviso y mis pólizas de privacidad en cualquier momento. Cualquier cambio se aplicará al PHI que ya está en mis archivos. Antes de realizar cualquier cambio importante en mis pólizas, cambiaré rápidamente este aviso y publicaré una copia nueva en mi oficina y en mi página de internet (si es aplicable). Usted también puede solicitar una copia de este aviso, o puede mirar una copia de esta en nuestra oficina o en nuestra página de internet.

I. Como puedo usar y divulgar su PHI

Usaré y divulgaré su PHI para muchas razones diferentes. Para algunos de estos usos o divulgaciones, necesitaré su autorización de antemano; para otros, sin embargo, no la necesitare. Abajo están listadas las diferentes categorías de mis usos y divulgaciones junto con algunos ejemplos de cada categoría.

A. Usos y Divulgaciones Relacionadas con Tratamientos, Pagos u Operaciones de Cuidados de la Salud que No Requieren de Su Aceptación Previa por Escrito. Puedo usar y divulgar su PHI sin su consentimiento por las siguientes razones:

1. **Para tratamiento.** Puedo divulgar su PHI a médicos, psiquiatras, psicólogos y otros proveedores de cuidados de la salud autorizados que le provean de servicios de cuidados de la salud o que están involucrados con su cuidado. Por ejemplo, si usted está siendo tratado por un psiquiatra, puedo divulgar su PHI a su psiquiatra para coordinar su cuidado.
2. **Para obtener pago por el tratamiento.** Puedo usar y divulgar su PHI para facturar y cobrar por el tratamiento y los servicios que le he provisto a usted. Por ejemplo, podría enviar su PHI a su compañía de seguros o al plan de salud para recibir pago por los servicios de cuidados de la salud que le he provisto a usted. También puedo proveer su PHI a mis socios comerciales, como compañías de facturación, compañías

procesadoras de reclamos y otras que tramitan mis reclamos de cuidados de la salud.

3. **Para operaciones de cuidados de la salud.** Puedo divulgar su PHI para dirigir mi práctica. Por ejemplo, podría utilizar su PHI para evaluar la calidad de servicios de cuidados de la salud que usted recibió o para evaluar la función de los profesionales de cuidados de la salud que proporcionaron dichos servicios a usted. También puedo proveer su PHI a nuestros contadores, abogados, asesores y otros para asegurarme que estoy cumpliendo con las leyes aplicables.
4. **Otras divulgaciones.** En ciertas situaciones, también puedo divulgar su PHI a otros sin su consentimiento. Por ejemplo, su consentimiento no es requerido si usted necesita tratamiento de emergencia, siempre y cuando intente obtener su consentimiento después de que el tratamiento es suministrado, o si intento obtener su consentimiento, pero usted es incapaz de comunicarse conmigo (por ejemplo, si usted esta inconsciente o con dolor severo) y pienso que usted estaría de acuerdo con dicho tratamiento si usted pudiese hacerlo.

B. Ciertos Usos y Divulgaciones No Requieren de Su Consentimiento. Puedo usar y divulgar su PHI sin su consentimiento o autorización por las siguientes razones:

1. **Cuando la divulgación es requerida por la ley federal, estatal o local; procedimientos judiciales o administrativos; o la aplicación de la ley.** Por ejemplo, puedo hacer una divulgación a funcionarios apropiados cuando una ley requiera que reporte información a organismos gubernamentales y personal de aplicación de leyes acerca de víctimas de abuso o negligencia; o cuando sea ordenado en un procedimiento judicial o administrativo.
2. **Para actividades de salud pública.** Por ejemplo, podría tener que reportar información acerca de usted al médico forense del condado.
3. **Para actividades de negligencia de salud.** Por ejemplo, podría tener que aportar información para ayudar al gobierno cuando conduzca una investigación o inspección de un proveedor u organización de cuidados de la salud.
4. **Para propósitos de investigación.** En ciertas circunstancias, puedo proveer PHI para conducir investigaciones médicas.
5. **Para evitar daño.** Para evitar una amenaza seria a la PHI al personal de aplicación de la ley o personas capaces de impedir o reducir dicho daño.
6. **Para funciones específicas del gobierno.** En ciertas situaciones, puedo divulgar PHI de veteranos y personal militar. Y podría divulgar PHI para propósitos de seguridad nacional, como proteger al presidente de los Estados Unidos o conducir operaciones de inteligencia.
7. **Para propósitos de compensación por accidentes de trabajo.** Podría proveer PHI para cumplir con las leyes de compensación por accidentes de trabajo.
8. **Recordatorios relacionados con citas y beneficios o servicios de salud.** Podría utilizar PHI para proveer recordatorios de citas o informarle de alternativas de tratamiento u otros servicios o beneficios de cuidados de la salud que ofrezco.

C. Ciertos Usos y Divulgaciones Requieren que Tenga la Oportunidad para Presentar Objeciones.

1. **Divulgaciones a familiares, amigos u otros.** Podría proveer su PHI para un miembro de la familia, amigo u otra persona que usted indique está involucrado en su cuidado o el pago por su cuidado de la salud, a menos que usted presente una objeción total o parcial. La oportunidad de consentimiento puede ser obtenida retroactivamente en situaciones de emergencia.

II. QUÉ DERECHOS TIENE RELACIONADOS CON SU PHI

Tiene los siguientes derechos con relación a su PHI:

A.El Derecho de Solicitar Límites de Uso y divulgación de Su PHI. Tiene el derecho de solicitar que yo limite cómo uso y divulgo su PHI. Consideraré su solicitud, pero no estoy legalmente obligado a aceptarla. Si acepto su solicitud, pondré cualquier límite por escrito y los acataré excepto en situaciones de emergencia. Usted no puede limitar los usos y divulgaciones que estoy legalmente obligado o permitido para hacer.

B.El Derecho para Elegir Cómo le Envió la PHI. Tiene el derecho de solicitar que le envíe la información a una dirección alterna (por ejemplo, enviar información a su dirección de trabajo en vez de su dirección particular) o por medios alternos (por ejemplo, enviar por correo electrónico en lugar de correo ordinario). Debo acceder a su solicitud siempre que pueda fácilmente proveer la PHI a usted en el formato que usted solicitó.

C.El Derecho a Ver y Obtener Copias de Su PHI. En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de ver u obtener copias de su PHI que yo tengo, pero usted debe hacer la solicitud por escrito. Si no tengo su PHI pero sé quién la tiene, le explicaré cómo obtenerla. Le responderé dentro de 30 días después de recibir su solicitud por escrito. En ciertas situaciones, puedo negar su solicitud. Si lo hago, le diré, por escrito, mis razones y explicaré su derecho para revisar mi decisión. En lugar de proveer la PHI que usted solicitó, le puedo proveer de un resumen o explicación de la PHI siempre que usted este de acuerdo a ello y al costo por adelantado.

D.El Derecho a Obtener una Lista de las Divulgaciones que He Hecho.

Tiene el derecho a obtener una lista de casos en los cuales he divulgado su PHI. La lista no incluirá usos ni divulgaciones a las cuales usted ya ha estado de acuerdo, como aquellas fechas para tratamientos, pagos u operaciones de cuidados de la salud, directamente a usted, o a su familia.

Responderé a su solicitud para unas cuentas de divulgaciones dentro de 60 días después de recibir su solicitud. La lista que le daré incluirá divulgaciones hechas en los últimos seis años a menos que usted solicite un tiempo más corto. La lista incluirá la fecha de la divulgación, a quién fue divulgado su PHI (incluyendo su dirección, si es conocida), una descripción de la información divulgada y la razón para la divulgación. Le proveeré la lista sin ningún costo, pero si usted hace más de una solicitud en el mismo año, le cobraré basado en un costo razonable por cada petición adicional.

E.El Derecho a Corregir o Actualizar Su PHI. Si usted cree que hay un error en su PHI o que falta una pieza de información importante, usted tiene el derecho de solicitarme que corrija la información existente o que agregue la información que hace falta. Usted debe proveer por escrito la solicitud y su razón para la solicitud. Si la solicitud es negada, le responderé dentro

de 60 días después de recibir su solicitud.

F. El Derecho a Obtener este Aviso por medio de Correo Electrónico. Tiene el derecho a obtener una copia de este aviso a través de correo electrónico. Aun si usted ha acordado recibir aviso por medio de correo electrónico, usted también tiene el derecho a solicitar una copia en papel de esta

III. CÓMO RECLAMAR ACERCA DE MIS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Si usted piensa que puede haber violado sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con una decisión que tomé acerca de acceder a su PHI, usted puede presentar una queja con The Resiliency Center, nuestra dirección y número telefónico es: 3845 N Clark St., Suite 201, Fresno, CA 93726 (559) 492-2266

Usted también puede enviar un reclamo por escrito al Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos en:

1. 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201.
2. Puede llamar 1-877-696-6775; o
3. Visitar la página de internet www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints

No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja sobre nuestras prácticas de privacidad.

FECHA DE EFECTIVIDAD DE ESTE AVISO

Este aviso entró en efecto el 14 de abril de 2003.

RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____, he recibido una copia del aviso de la Póliza de Privacidad de HIPPA sobre la información de salud protegida en lo que respecta a los servicios clínicos del Resiliency Center.

Firma del Cliente

Fecha

Firma de Padre/Guardián

Está en su derecho de negarse a firma este documento.

USO PARA OFICINIA

El motivo por lo cual **no** se obtuvo un acuerdo de que se recibió la notificación de Póliza de Privacidad de HIPPA sobre la información de salud protegida:

_____ Cliente/padre/guardián se negó a firmar.

_____ Barreras de comunicación/comprensión impidieron obtener el reconocimiento.

_____ Una situación de emergencia interfirió con la obtención del reconocimiento.

_____ Otro: _____