

## Aviso de Prácticas de Privacidad

### Su Información. Sus Derechos. Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo usted puede tener acceso a esta información.

*Por favor, revíselo con cuidado.*

### Sus Derechos

**Usted tiene el derecho a...**

- ✓ **Obtener una copia de su historia clínica en papel o electrónica**
  - Puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su historia clínica y otra información médica que tengamos sobre usted.
  - Le proporcionaremos una copia o resumen de su información de salud, por lo general en un plazo de 30 días desde su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.
- ✓ **Corregir su historia clínica en papel o electrónica**
  - Nos puede pedir que corrijamos su información de salud que usted crea que es incorrecta o está incompleta.
  - Podemos decir “no” a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito en un plazo de 60 días.
- ✓ **Solicitar comunicación confidencial**
  - Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo: teléfono de casa u oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente.
  - Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.
- ✓ **Pedirnos que limitemos la información que compartimos**
  - Nos puede pedir que no usemos o no compartamos cierta información de salud para Tratamiento, Pago o Nuestras Operaciones. No estamos obligados a acceder a su petición, y podemos decir “no” si ello afecta a la atención que recibe.
  - Si usted paga por un artículo o servicio de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o de nuestras operaciones con su compañía de seguros. Diremos “sí” a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.
- ✓ **Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido su información**
  - Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud de los seis años anteriores a la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué.
  - Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica, y algunas otras divulgaciones (como cualquiera que nos pida que incluyamos).

- Le podemos ofrecer una contabilidad de un año de forma gratuita, pero se le cobrará una tarifa razonable basada en el costo si pide otra en un plazo de 12 meses.
- ✓ **Obtener una copia de este aviso de privacidad**
  - Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso por medios electrónicos. Le proporcionaremos una copia en papel con prontitud.
- ✓ **Elegir a alguien para que actúe en su nombre**
  - Si usted ha dado a alguien un Poder Médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud.
  - Nos aseguraremos de que la persona tiene la autoridad y puede actuar en su nombre antes de emprender cualquier acción.
- ✓ **Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad**
  - Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información de contacto que figura en la parte superior de esta página.
  - Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta al U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
  - No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

### Sus Elecciones

**Para cierta información de salud, puede decirnos sus elecciones acerca de lo que compartimos.** Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

**En estos casos, usted tiene el derecho y la elección de decirnos que...**

- ✓ Comuniquemos su estado a su familia y amigos
- ✓ Proporcionemos ayuda en caso de desastre
- ✓ Le incluyamos en el directorio del hospital

Si usted no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

**En estos casos nunca compartimos su información a menos que usted nos dé permiso por escrito...**

- ✓ Para proporcionar atención de salud mental y compartir notas de psicoterapia
- ✓ Para comercializar nuestros servicios y vender su información

En el caso de la recaudación de fondos, podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos, pero usted puede pedirnos que no le volvamos a contactar.

### **Nuestros Usos y Divulgaciones**

**Podemos usar y compartir su información, ya que:**

- ✓ **Le damos tratamiento**
  - Podemos usar su información de salud y compartirla con otro profesional que lo esté tratando.
  - Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.
- ✓ **Dirigimos nuestra organización**
  - Podemos usar y compartir su información de salud para dirigir nuestra consulta, mejorar su atención y contactarle cuando sea necesario.
  - Ejemplo: Usamos la información de salud sobre usted para gestionar su tratamiento y servicios.
- ✓ **Le facturamos por los servicios**
  - Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir el pago de los planes de salud u otras entidades.
  - Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague por sus servicios.

**Se nos permite o se nos obliga a compartir su información de otras maneras, por lo general de formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación.** Tenemos que cumplir muchas condiciones de la ley antes de poder utilizar su información para estos fines. Para más información, ver:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

- ✓ **Ayuda con problemas de seguridad y salud pública**, podemos compartir información sobre su salud para ciertas situaciones, tales como...
  - Prevención de enfermedades
  - Ayudar con retiradas de productos
  - Reportar las reacciones adversas a los medicamentos
  - Reportar cualquier sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
  - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona
- ✓ **Hacer investigación**, CMMHC no la hace.
- ✓ **Cumplir con la ley**
  - Compartiremos información acerca de usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si quieren ver que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.
- ✓ **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**, CMMHC no lo hace.
- ✓ **Trabajar con un Examinador Médico o Director de Funeraria**
  - Podemos compartir información de salud con un Médico Forense, Examinador Médico o Director de Funeraria cuando una persona muere.

- ✓ **Atender solicitudes de Indemnización de Trabajadores, Aplicación de la Ley y otras solicitudes gubernamentales**, podemos usar o compartir información sobre su salud...
  - Para las reclamaciones de Indemnización de Trabajadores
  - Para propósitos de aplicación de la ley o con las fuerzas del orden
  - Con las agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
  - Para funciones especiales del gobierno tales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.
- ✓ **Responder a demandas y acciones legales**
  - Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

*Si la ley estatal requiere su consentimiento por escrito para que divulguemos su información personal para Tratamiento, le pediremos su consentimiento. Sin embargo, no será necesario este consentimiento en una emergencia médica (si no puede darnos su permiso debido a su estado) ni para que podamos intercambiar información con filiales.*

### **Nuestras Responsabilidades**

- ✓ Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- ✓ Nosotros le haremos saber inmediatamente si se produce un incumplimiento que pueda haber puesto en peligro la privacidad o la seguridad de su información.
- ✓ Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia.
- ✓ No usaremos ni compartiremos su información de manera diferente a la aquí descrita a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, ver:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Cambios a las Condiciones de este Aviso**

Podemos cambiar las condiciones de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

**Fecha de entrada en vigor:** 1 de mayo de 2016.

### **Este aviso de privacidad se aplica a:**

Central Minnesota Mental Health Center y todos sus programas en – St. Cloud, Buffalo, Elk River y Monticello