

Aviso de normas de privacidad

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud y cómo usted puede tener acceso a esta información.

Revíselo detenidamente.

Sus derechos

Usted tiene derecho a...

- ✓ **Obtener una copia de su historial clínico impreso o electrónico**
 - Usted puede solicitar ver u obtener una copia impresa o electrónica de su historial clínico y otra información de salud que tengamos sobre usted con una autorización por escrito. Le proporcionaremos una copia o resumen de su información de salud, generalmente dentro de un plazo 30 días en que la solicite. Podemos cobrar una tarifa razonable, basada en el costo. La autorización por escrito se puede revocar también por escrito en cualquier momento.
 - Puede solicitar acceso a nuestro portal del cliente para ver determinados historiales clínicos identificados.
- ✓ **Corregir su historial clínico impreso o electrónico**
 - Puede pedir que corriamos información de salud sobre usted si cree que es incorrecta o está incompleta.
 - Podemos decir "no" a su pedido, pero le diremos cual fue la razón por escrito dentro de un plazo de 60 días.
- ✓ **Solicitar una comunicación confidencial**
 - Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo: al teléfono de su casa o de su oficina) o que le enviemos la correspondencia a una dirección distinta.
 - Le diremos que "sí" a todos los pedidos razonables.
- ✓ **Pedir que limitemos la información que compartimos**
 - Puede pedirnos que no usemos o compartamos determinada información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a concederle su pedido, y podemos decir que no si esto afectaría su atención.
 - Si usted paga de su bolsillo el total por un servicio o artículo de atención de la salud, puede pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora si es para el pago o nuestras operaciones. Le diremos que sí, a menos que la ley nos exija compartir esa información.
- ✓ **Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información**

- Puede pedirnos una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años previos a la fecha en que la pida, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relativas a tratamiento, pago y operaciones de atención de salud, y algunas otras divulgaciones (como cualquier otra que usted nos pidió que hiciéramos).
- Vamos a proporcionar una contabilidad al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable, basada en el costo, si usted nos pide otra dentro de los 12 meses.
- ✓ **Obtener una copia de este aviso de privacidad**
 - Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de manera electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.
- ✓ **Elegir a alguien que actúe por usted**
 - Si usted le ha dado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
 - Nos aseguraremos de que la persona tenga autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.
- ✓ **Presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados**
 - Puede quejarse si piensa que hemos violado sus derechos usando la información en la parte superior de esta página para comunicarse con nosotros.
 - Puede presentar una queja a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, por teléfono al 1-877-696-6775 o por internet en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
 - No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

En el caso de ciertos datos de salud, puede indicarnos lo que quiere que compartamos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo podemos compartir su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que hagamos lo siguiente:

- ✓ Informar a su familia y amigos acerca de su estado
- ✓ Proporcionar asistencia en casos de desastre
- ✓ Incluirle en un directorio del hospital

Si usted no puede decirnos sus preferencias, 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 su salud o seguridad.

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

- ✓ Proporcionar atención de salud mental y compartir notas de psicoterapia
- ✓ Comercializar nuestros servicios y vender su información

En el caso de la recaudación de fondos, podemos comunicarnos con usted con el fin de recaudar fondos, sin embargo puede pedir que no volvamos a comunicarnos con usted.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información a medida que:

- ✓ **Le damos tratamiento**
 - Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le estén tratando.
 - Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.
- ✓ **Operar nuestra organización**
 - Podemos usar y compartir su información de salud para operar nuestro consultorio, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario.
 - Ejemplo: Utilizamos información de salud sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.
- ✓ **Factura por sus servicios (Pago)**
 - Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener el pago de planes de salud u otras entidades.
 - Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que puedan pagar por sus servicios.

Estamos autorizados u obligados a compartir su información de otras maneras, generalmente en maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que satisfacer muchas condiciones ante la ley para poder usar su información con estos fines. Para obtener más información consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

- ✓ **Ayuda con temas de salud pública y seguridad.** Podemos compartir información de salud sobre usted en situaciones tales como:
 - Prevención de enfermedades
 - Ayuda con el retiro de productos del mercado
 - Notificación de reacciones adversas a medicamentos
 - Denuncia de presuntos abusos, negligencia o violencia doméstica

- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona
- ✓ **Realizar investigación**, CMMHC no hace esto.
- ✓ **Cumplir con la ley**
 - Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quieren comprobar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.
- ✓ **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**, CMMHC no hace esto.
- ✓ **Trabajar con un médico forense o un director de funeraria**
 - Podemos compartir información de salud con un forense, un médico forense o el director de una funeraria cuando un individuo fallece.
- ✓ **Para hacer frente a las solicitudes de indemnización de los trabajadores, de las fuerzas de seguridad y de otros organismos gubernamentales, podemos utilizar o compartir información de salud sobre usted....**
 - Para reclamaciones de indemnización laboral
 - Para fines de aplicación de la ley o con funcionarios encargados de hacer cumplir la ley
 - Con organismos de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones especiales del gobierno como servicios militares, seguridad nacional y protección presidencial.
- ✓ **Responder a demandas y acciones legales**
 - Podemos compartir información de salud sobre usted 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 el tratamiento, le pediremos ese consentimiento. Sin embargo, este consentimiento generalmente no será requerido en una emergencia médica (si usted no puede darnos su permiso debido a su estado), o para que intercambiamos información con los afiliados.

Nuestras responsabilidades

- ✓ Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- ✓ Le informaremos de inmediato si se produce un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- ✓ Debemos cumplir con las obligaciones y normas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- ✓ No usaremos ni compartiremos su información de una manera distinta a como se describe aquí, a menos que usted nos diga por escrito que podemos

hacerlo. Si cambia de opinión en cualquier momento, háganoslo saber por escrito.

- ✓ Seguiremos la Regla Mínima Necesaria de la HIPAA, que establece que cuando un proveedor utiliza o divulga información de salud, los proveedores deben hacer esfuerzos razonables para limitar la información de salud al mínimo necesario para lograr el propósito previsto del uso o la divulgación.

Para obtener más información consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y estos cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Fecha de vigencia: 1 de mayo de 2016. **Fecha revisada:** 04/06/2021.

Este Aviso de normas de privacidad se aplica a:

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