CENTRO DE APOYO PARA VÍCTIMAS DE CRIMEN & NIÑOS, 3312 Hillcrest Dr., Waco TX

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO PUEDE SER USADA Y REVELADA LA INFORMACIÓN DE SALUD Y COMO PUEDE ACCESAR A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CON CUIDADO.

I. NUESTRA PROMESA RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD: Entendemos que la información de salud en cuanto a usted y su cuidado de salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información de salud. Nosotros creamos archivos del cuidado y servicios que usted recibe de nosotros. Este archivo es necesario para proveerle un cuidado de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso tiene que ver con todos nuestros archivos que su cuidado genera por el componente de salud mental del ACCVC (Centro de Apoyo Para Víctimas de Crimen & Niños). Este aviso le dirá en cuanto a las maneras en que nosotros podremos usar y revelar su información de salud. También describe sus derechos con respecto a la información de su salud que mantenemos, y describe ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y la revelación de su información de salud. Por ley se requiere que :

• Aseguremos que la información de salud protegida (“PHI”) que lo identifica a usted se mantenga privada.

• Le demos este aviso de nuestros deberes legales y las prácticas de privacidad con respecto a la información de salud.

• Sigamos los términos del Aviso que actualmente están en vigencia.

• Podamos modificar los términos de este Aviso, y tales cambios aplicarían a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo Aviso estaría disponible a pedido, en nuestra oficina como también en nuestro sitio web.

II. COMO PODEMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN DE SALUD: Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que nosotros podemos usar y revelar su información de salud. Cada categoría de uso y revelación será explicada. No se alistarán todos los usos o categorías; sin embargo, todas las maneras en que podemos usar o revelar información serán parte de una de las categorías.

Para el Pago de Tratamiento o Operaciones de Cuidado de Salud: Las reglas de privacidad federales permiten a los proveedores de cuidado de salud que tienen una relación de tratamiento directo con el paciente/cliente, usar o revelar la información personal de salud del paciente/ cliente sin su autorización escrita, para llevar a cabo el tratamiento del mismo proveedor de cuidado de salud, pago u operaciones de cuidado de salud. También podemos revelar su información de salud protegida para las actividades de tratamiento de cualquier proveedor de cuidado de salud. Esto también puede hacerse sin su autorización escrita. Por ejemplo, si un clínico fuera a consultar con otro proveedor licenciado de cuidado de salud en cuanto a su condición, estaríamos permitidos a usar y revelar su información personal de salud, que de otro modo es confidencial, a fin de ayudar al clínico en su diagnosis y tratamiento de su condición de salud mental.

Las revelaciones para propósitos de tratamiento no están limitadas a estándares de necesidad mínimas porque los terapeutas y otros proveedores de cuidado de salud necesitan acceso a los archivos completos y /o información completa para poder proveer cuidado de calidad. La palabra “tratamiento” incluye, entre otras cosas, la coordinación y manejo de los proveedores de cuidado de salud con un tercero, consultas entre proveedores de cuidado de salud y referidos de un paciente de cuidado de salud de un proveedor de cuidado de salud a otro.

Pleitos y Disputas: Si usted está involucrado en un pleito, podemos revelar información de salud en respuesta a una corte u orden administrativo. También podemos revelar información de salud en cuanto a su hijo/a en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento, u otro procesos legales por alguien más envuelto en la disputa, pero sólo si se ha intentado avisarle en cuanto a la solicitud o para obtener una orden protegiendo la información solicitada.

III. CIERTOS USOS Y REVELACIONES REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

1. Apuntes de Psicoterapia. Mantenemos “apuntes de psicoterapia” como es definido ese término en 45DFR: 164.501, y cualquier uso o revelación de tales apuntes requiere su autorización al no ser que el uso o revelación es: a) Para el propósito de su tratamiento. b) Para el uso en entrenamiento o supervisión de practicantes de salud mental para ayudarles a mejorar sus destrezas en consejería o terapia de grupo, familia o individuo. c. Para nuestro uso en defender a nuestros terapeutas/agencia en procedimientos legales establecidos por usted. d. Para uso del Secretario de Salud y Servicios Humanos para investigar nuestra conformidad conHIPPAe.Obligatorio por ley y el uso o la revelación es limitada a los requisitos de tal ley.f.Obligatorio por ley para ciertas actividades de vigilancia de salud que tienen que ver con el autor de los apuntes de psicoterapia. g. Un juez de instrucción lo requiere para realizar deberes autorizados por ley. h. Necesario para ayudar a prevenir una amenaza seria a la salud y seguridad de otros.
2. Propósitos de Márketing. No usaremos o revelaremos su información de salud protegida (PHI) para propósitos de márketing.
3. Venta de PHI. No venderemos su PHI en el curso regular de nuestro negocio.

IV. CIERTOS USOS Y REVELACIONES NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN. Subyugado a ciertas limitaciones en la ley, podemos usar y revelar su PHI sin su autorización por las siguientes razones:

1. Cuando la revelación es necesaria por ley estatal o federal, y el uso o revelación
2. Para actividades de salud pública, incluyendo el reportar de abuso sospechado de niño, persona mayor, o adulto dependiente, o para prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de cualquiera.
3. Para actividades de vigilancia de salud, incluyendo a auditorías e investigaciones.
4. Para procedimientos judiciales o administrativos, incluyendo responder a una orden de corte u orden administrativa, aunque nuestra preferencia es de obtener su autorización antes de hacerlo.
5. Para propósitos de cuerpos policiales, incluyendo reportar crímenes que ocurren en nuestro local.
6. Para jueces de instrucción o examinadores médicos, cuando tales individuos están ejerciendo deberes autorizados por ley.
7. Para propósitos de investigación, incluyendo el estudio y comparación de la salud mental de pacientes que reciben una clase de terapia versus aquellos que reciben otra forma de terapia para la misma condición.
8. Para funciones gubernamentales especiales, incluyendo, asegurar la ejecución apropiada de misiones militares; como proteger al Presidente de los Estados Unidos; llevar a cabo operaciones de inteligencia o contraespionaje; o, ayudar a asegurar la seguridad de aquellos que trabajan o viven en centros penitenciarios.
9. Para propósito de compensación de trabajadores. Aunque nuestra preferencia es obtener su autorización, podemos proveer su PHI para poder cumplir con las leyes
10. Para recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud. Podemos usar y revelar su PHI para contactarle para recordarle de su cita. También podemos usar y revelar su PHI para decirle de alternativas de tratamiento, u otro s servicio o beneficio de cuidado de salud disponible.

V. CIERTOS USOS Y REVELACIONES REQUIEREN QUE USTED TENGA LA OPORTUNIDAD DE OPONERSE

1. Revelaciones a familia, amigos, u otros. Podemos proveer su PHI a un miembro familiar, amigo, u otra persona que usted ha indicado está envuelto en su cuidado o pago de su cuidado de salud, al no ser que usted se oponga en parte o completamente. La oportunidad de consentir puede ser obtenida retroactivamente en situaciones de emergencia.

VI. USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI:

1. Derecho de Pedir Límites en el Uso y Revelación de su PHI. Usted tiene el derecho de pedirnos no usar o revelar cierta PHI para tratamiento, pago, u otros propósitos de operaciones de cuidado de salud. No se nos obliga estar de acuerdo con su pedido y podemos decir “no” si creemos que afectaría su cuidado de salud.
2. El Derecho de Pedir Restricciones en sus Gastos Pagados Por Usted Completamente. Usted tiene el derecho de pedir restricciones a las revelaciones de su PHI a planes o pagos de salud o propósitos de operaciones de cuidado de salud si su PHI tiene que ver solamente con un punto de cuidado de salud o servicios de cuidado de salud que usted ha pagado por si mismo completamente.
3. El Derecho de Escoger La Manera en Que Le Mandamos Su PHI. Usted tiene el derecho de pedirnos que le avisemos de una manera específica (por ejemplo, por el teléfono de la casa u oficina) o de mandar el aviso por correo a una dirección distinta, y estaremos de acuerdo con cualquier pedido razonable.
4. El Derecho de Ver y Recibir Copias de Su PHI. Usted tiene el derecho de recibir sus archivos electrónicos o en papel, de salud mental y otra información que tengamos en cuanto a usted, sin ser los “apuntes de psicoterapia”. No podemos proveer copias que tengan que ver con investigaciones criminales aún abiertas o archivos obtenidos de fuentes de afuera (no generados por el Centro de Apoyo Para Víctimas de Crimen & Niños). Le proveeremos una copia de sus archivos , o un resumen de ellos, si está en acuerdo de recibir un resumen, dentro de 30 días de recibir su pedido escrito y pueda que le cobremos un costo razonable por hacerlo.
5. El Derecho de Recibir una Lista de las Revelaciones Que Hemos Hecho. Usted tiene el derecho de pedir una lista de las instancias en que se ha revelado su PHI para propósitos que no son de tratamiento, pago, u operaciones de cuidado de salud, o por las cuales usted proveyó su autorización. Responderemos a su pedido de rendimiento de cuentas de las revelaciones dentro de 60 días después de haber recibido el pedido. La lista incluirá las revelaciones que se han hecho en los últimos seis años al no ser que usted pida un lapso más corto. Se proveerá esta lista a usted sin costo, pero si hace más de un pedido en un mismo año, podemos cobrarle un costo razonable basado en cada pedido adicional.
6. El Derecho de Corregir o Poner al Día Su PHI. Si usted cree que hay un error en su PHI, o que falta una parte de información importante de su PHI, usted tiene el derecho de pedir que corrijamos la información actual o que agreguemos información que falta. Podemos decir que “no” a su pedido pero le diremos el porque por escrito dentro de 60 días de haber recibido su pedido.
7. El Derecho de Recibir una Copia Electrónica o de Papel de este Aviso. Usted tiene el derecho de recibir una copia en papel de este aviso, y tiene el derecho de recibir una copia de este aviso por correo electrónico. Y, aún si usted ha estado de acuerdo de recibir este aviso por correo electrónico, también tiene el derecho de pedir una copia en papel.

FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO

Este aviso se hizo vigente el 20 de septiembre, 2013

Reconocimiento de Recibo del Aviso de Privacidad

Bajo el Acto de Seguro Médico de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA), usted tiene ciertos derechos respecto al uso y revelación de su información de salud protegida. Al marcar la caja abajo, está reconociendo que usted ha recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad (HIPAA).

AL MARCAR LA CAJA ABAJO RECONOZCO QUE HE LEÍDO, ENTENDIDO Y QUE ESTOY DE ACUERDO CON LOS PUNTOS QUE CONTIENE ESTE DOCUMENTO.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Firma del Cliente Fecha (mes/ día /año)