

# ***Notificación de Privacidad de Prácticas***

**Family Guidance Center**

**Phone: 610-374-4963**

**1235 Penn Ave.**

**Fax: 610-374-2151**

**Suites 200, 205, 206, & 306**

**Wyomissing, PA 19610**

Fecha Efectivo: April 14, 2003

Fecha de Reviso: July 25, 2017

## **Su Información. Sus Derechos. Nuestra Responsabilidades.**

---

Este Aviso describe cómo su información médica pueda ser usada o divulgarse y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente.

### **Sus Derechos**

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.**

#### **1. Obtenga una copia electrónica o en papel de su historia médica.**

- Puede pedirle que vea o obtenga una copia electrónica o en papel de su historial médico y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Proveeremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

#### **2. Pidanos que corrijamos su historial médico**

- Puede solicitarnos que corrijamos información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito en un plazo de 60 días.

#### **3. Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de su casa o oficina) o enviar correo a otra dirección.
- Diremos "sí" a todas las peticiones razonables.

#### **4. Pidanos que limitemos lo que usamos o compartimos**

- Puede solicitarnos que no utilicemos o compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectaría su atención.

- Si usted paga por un servicio o artículo de atención médica de bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Vamos a decir "sí" a menos que una ley nos obligue a compartir esa información..

#### **5. Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (contable) de las horas en las que compartimos su información de salud durante seis años antes de la fecha que solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras revelaciones (como las que nos pidió hacer). Proporcionaremos una contabilidad al año gratis, pero le cobrará una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

#### **6. Obtenga una copia de este Aviso de Privacidad**

- Puede solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el Aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel con prontitud.

#### **7. Elija a alguien para actuar por usted**

- Si le ha dado a alguien un poder 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 esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

#### **8. Presenta una queja si cree que sus derechos han sido violados**

- Usted puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información al final de este documento.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775. Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hippa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hippa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## **Sus Opciones**

**Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos.**

Si tiene una clara preferencia por cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

**1. En las siguientes situaciones, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:**

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartir información en una situación de emergencia
- Incluya su información en un directorio de 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 disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o la seguridad..*

**2. En las siguientes situaciones, nunca compartiremos su información a menos que nos dé permiso por escrito:**

- Propósitos de marketing
- Venta de su información
- Mayor intercambio de notas de psicoterapia

**3. En caso de recaudación de fondos:**

- Podemos comunicarnos con usted para realizar esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede decirnos que no lo contactemos nuevamente.

## **Nuestros Usos y Divulgaciones**

### **¿Cómo utilizamos o compartimos normalmente su información de salud?**

Usualmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

**1. Te Trato**

- Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le están tratando..  
*Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión pregunta a otro médico acerca de su estado general de salud.*

**2. Ejecutar nuestra organización**

Podemos usar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su cuidado y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo: Utilizamos información sobre su salud para administrar su tratamiento y servicios.*

**3. Facturar por sus servicios**

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de los planes de salud u otras entidades..  
*Ejemplo: Le damos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague por sus servicios.*

## ¿Qué más podemos usar o compartir su información de salud?

Estamos autorizados o obligados a compartir su información de otras maneras - por lo general en formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos. 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).

### 1. Ayuda con asuntos de salud publica y seguridad

Podemos compartir información sobre su salud para ciertas situaciones como:

- Prevencion de la enfermedad
- Ayudar con los retiros de productos
- Notificacion de reacciones adversas a medicamentos
- Reportar sospecho de abusos, negligencia o violencia domestica
- Prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de cualquier persona

### 2. Hacer investigacion

Podemos usar o compartir su informacion para la investigacion en salud.

### 3. Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

### 4. Responder a la solicitudes de donacion de organos y tejidos

Podemos compartir información sobre su salud con organizaciones de adquisición de órganos.

### 5. Trabajar con un medico forense o director de funeraria

Podemos compartir información de salud con un médico forense, examinador médico o director de funeraria cuando muere un individuo.

### 6. Abordar la compencacion de los trbajadores, la aplicacion de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir información sobre su salud:

- Para reclamaciones de compensación de trabajadores
- Para fines policiales o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con los organismos de supervisión de la salud para las actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno tales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

### 7. 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 judicial.

## **Restricciones de divulgación específicas de cada estado**

### **Ley de Privacidad de la Salud de Pennsylvania**

Excepto según lo requerido por la ley, no compartiremos ningún registro de información relacionada con el VIH, salud mental o abuso de sustancias sin su permiso por escrito.

### **Nuestras Responsabilidades**

1. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
2. Le informaremos con prontitud si ocurre una violación que puede haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
3. Debemos seguir las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este Aviso y darle una copia del mismo.
4. No usaremos o compartiremos su información de otra manera que la descrita aquí a menos que usted nos diga que podemos por escrito. 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 en los Términos de este Aviso**

Podemos cambiar los términos 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.

### **Quejas**

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad de la Práctica a:                      Teléfono: 610-374-4963

**Reconozco lo anterior y estoy de acuerdo en adherir a la Notificación de Prácticas de Privacidad de la mejor manera posible firmando el Formulario de Acuerdo de Consentimiento 111-MH.**