

Sus Elecciones

Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus elecciones sobre lo que compartimos. Si usted tiene una preferencia por la forma en la que compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y vamos a seguir sus instrucciones.

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

- Comparta la información con su familia o amigos cercanos.
- Comparta la información en una situación de alivio de desastres.

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

En estos casos nunca compartimos su información a menos que usted nos da permiso por escrito:

- Propósitos de Mercadeo
- El mayor intercambio de notas de psicoterapia
- Esfuerzos de Recaudación de Fondos
- La investigación sobre la Salud
- Comparta información con otros profesionales que le estén tratando

Nosotros nunca revelaremos ninguna información sobre el abuso de sustancias o una enfermedad contagiosa sin su permiso por escrito.

Otros Usos y Divulgaciones

¿Cómo suelen usar o compartir su información de salud? Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Para operar nuestra organización

- Podemos utilizar y compartir su información de salud para operar nuestra práctica, mejorar su atención y ponerse en contacto con usted cuando sea necesario. *Ejemplo: Utilizamos información de salud sobre usted para manejar su tratamiento y servicios.*

La factura para los servicios

- Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir pago de las compañías de seguro médico u otras entidades. *Ejemplo: Le proporcionamos información sobre usted a su compañía de seguro médico para cobrar los servicios prestados.*

¿Cómo podemos utilizar o compartir su información de salud? Se nos permite o nos obliga a compartir su información de otras maneras - por lo general de manera que contribuya al bien público, como la salud pública. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, vea: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con problemas de salud y de seguridad

- Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones tales como:
 - Prevención de enfermedades
 - Reportar cualquier sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Prevenir o reducir una amenaza grave para usted, otra persona o del público en general

Cumplir con la ley

- Vamos a compartir información sobre usted cuando las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quieren ver que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

Abordar la indemnización laboral, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno.

- Podemos usar o compartir información sobre su salud:
 - Para reclamaciones de indemnización laboral
 - Para efectos de aplicación de la ley o con un agente de la ley
 - Con las agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones especiales gubernamentales tales como militares, seguridad nacional y los servicios de protección presidencial

Responder a las demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial firmada por un juez.

Nuestras Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información protegida de salud.
- Nosotros le haremos saber dentro de los 60 días si se produce un incumplimiento que pueda haber puesto en peligro la privacidad o la seguridad de su información.
- Tenemos que cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y le daremos una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información que no sea como se describe aquí a menos que usted nos diga podemos por escrito. Si nos dice que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, visite a:

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

Sus Derechos

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

| | |
|--|--|
| Obtenga una copia de su registro | <ul style="list-style-type: none">• Usted puede pedir ver u obtener una copia de su historial clínico y otra información médica que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.• Vamos a proporcionarle 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. |
| Pídanos corregir su registro | <ul style="list-style-type: none">• Usted nos puede pedir que corrijamos la información médica acerca de usted que cree que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.• Podemos decirle que “no” a su petición, pero le diremos la razón por escrito dentro de los 60 días. |
| Solicitar comunicaciones confidenciales | <ul style="list-style-type: none">• Usted puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono a su domicilio u oficina) o enviar información por correo a una dirección diferente.• Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables. |
| Puede pedirnos a limitar lo que usamos o compartimos | <ul style="list-style-type: none">• Usted puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago, o nuestras operaciones.• No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si afectaría su cuidado.• Si usted paga por un servicio de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora de salud por el propósito de pago o las operaciones. |
| Obtener un historial de todos aquellos con los que hemos compartido su información. | <ul style="list-style-type: none">• Usted puede solicitar una lista (justificación) de las veces que hemos compartido su información de salud por seis años antes de la fecha en que solicite con quienes la compartimos y el por qué.• Vamos a incluir todas las revelaciones excepto aquellos sobre el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud, y ciertas otras revelaciones (como cualquier que nos pidió hacer). Nosotros le podemos ofrecer una justificación un año de forma gratuita, pero se cobrará una tarifa razonable basada en el costo si usted pide otro dentro de un plazo de 12 meses. |
| Obtener una copia de este aviso de privacidad | <ul style="list-style-type: none">• Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Nosotros le proporcionaremos una copia impresa con prontitud. |
| Escoja a alguien para que lo represente. | <ul style="list-style-type: none">• Si usted le ha dado a alguien poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona podrá ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud.• Nos aseguraremos de que la persona que tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción. |
| Presentar una queja si usted considera que sus derechos han sido violados | <ul style="list-style-type: none">• Usted puede presentar una queja si usted siente que hemos violado sus derechos de privacidad comunicándose con nosotros usando la información en la sección final de este folleto.• También puede presentar una queja a la Oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos Oficina de Derechos Civiles mediante una carta a 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 2021, llamando al 1-877-696-6775, o visite a www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.• No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. |

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 nuestra página internet.

Visítenos al:

www.fcsource.org

Preguntas e Información: Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad, favor de comunicarse con:

**Privacy Officer
Family & Children Services
1608 Lake Street
Kalamazoo, MI 49001
269.344.0202**

Fecha de vigencia de esta notificación 01 de noviembre 2013

Aviso de Prácticas de Privacidad



**Su información.
Sus Derechos.
Nuestras responsabilidades.**

Este aviso describe cómo la información física y mental sobre usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información. **Favor de leerlo detenidamente.**