

AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO LE INDICA CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE INFORMACIÓN RELACIONADA CON SU SALUD Y SU USO DE DROGAS Y ALCOHOL, Y COMO USTED PUEDE OBTENER DICHA INFORMACIÓN

REVISE ESTE DOCUMENTO CON MUCHO CUIDADO

NUESTRA PROMESA CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD

A SummitStone Health Partners, Sunrise Community Health Center, Loveland Community Health Center, el Distrito de Salud del Norte del Condado de Larimer, Salud Family Health Center, Family Medicine Center, Associates In Family Medicine y Genoa, una empresa QoL Healthcare se les requiere por ley que mantengan la privacidad de su información de salud y proporcionarle un aviso de nuestras tareas legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud. Asimismo, se nos requiere cumplir con los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente en vigencia.

ARREGLO DE ATENCIÓN MÉDICA ORGANIZADA

Tal como lo permite la ley, SummitStone Health Partners, Sunrise Community Health Center, Loveland Community Health Center, el Distrito de Salud del Norte del Condado de Larimer, Salud Family Health Center, Family Medicine Center, Associates in Family Medicine y Genoa, una empresa QoL Healthcare han aceptado compartir su información de salud entre ellos para los propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Esto nos permitirá abordar mejor sus necesidades de atención médica.

USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA

Tratamiento, pago y operaciones de atención médica: Utilizaremos y entregaremos su información de salud física y mental para proporcionarle tratamientos de atención médica, para recibir pagos por nuestros servicios y ayudarnos a funcionar. Por ejemplo:

Tratamiento se refiere a la provisión, coordinación o administración de la atención médica y servicios relacionados por uno o más proveedores de atención médica. Por ejemplo, el personal involucrado con su atención puede utilizar su información para planificar su curso de tratamiento y consultar con otro personal para asegurarse de que se estén utilizando los métodos más apropiados para asistirle.

Pago se refiere a las actividades realizadas por un proveedor de atención médica para obtener o proporcionar un reembolso por la provisión de atención médica. Por ejemplo, su información se utilizará para desarrollar información de cuentas por cobrar, facturarle y, con su consentimiento, proporcionar información a su compañía de seguros por los servicios provistos. La información provista a los aseguradores y otros pagadores terceros puede incluir información que lo identifica a usted, así como su diagnóstico, tipo de servicio, fecha del servicio, nombre/identificador del proveedor y otra información sobre su condición y tratamiento. Si usted está cubierto por Medicaid, se proporcionará información al programa Medicaid del estado de Colorado, que incluye, sin limitarse a ella, su tratamiento, afección, diagnóstico y servicios recibidos.

Operaciones de atención médica se refiere a las actividades realizadas que son funciones regulares de actividades de gestión y administración. Por ejemplo, su información de salud puede utilizarse para monitorear calidad del servicio, capacitación y evaluación del personal, revisiones médicas, servicios legales, función de auditoría, programas de cumplimiento, planificación de negocios, y actividades de acreditación, certificación, obtención de licencias y credenciales.

Recordatorios de citas: Podemos utilizar y divulgar su información de salud para recordarle de citas, exámenes recomendados o reabastecimientos de recetas.

Alternativas de tratamiento: Podemos utilizar y divulgar su información de salud para avisarle acerca de, o recomendar, posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan ser de interés para usted.

Beneficios y servicios relacionados con la salud: Podemos utilizar y divulgar su información de salud para avisarle acerca de beneficios o servicios relacionados con la salud.

Individuos involucrados en su atención o el pago para su atención: A menos que usted presente una objeción al respecto, podríamos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, su información de salud que estuviera directamente relacionada con la participación de dicha persona en su atención médica o el pago relacionado con su atención médica. Si no puede aceptar u objetar a una divulgación de este tipo, podríamos divulgar tal información como sea necesaria si determinamos que es en su mejor interés, basándonos en nuestro buen juicio profesional.

Otros usos y divulgaciones permitidos o requeridos por la ley: Podríamos utilizar o entregar su información de salud para los propósitos siguientes bajo circunstancias limitadas:

- A personas involucradas en su atención o quienes le ayuden a pagar por su atención, tal como su familia, sus amigos personales cercanos o cualquier otra persona que usted elija, para notificarles de su ubicación, salud general y para asistirle en su atención médica (tal como para recoger medicamentos o ayudar con la atención de seguimiento);
- A autoridades gubernamentales apropiadas si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica (cuando esto sea requerido por ley);
- A agencias gubernamentales que nos supervisan (tal como inspectores de licencia y certificación);
- A agencias gubernamentales que tengan el derecho a recibir y recoger información de salud (tal como para controlar brotes de enfermedades);
- A agencias gubernamentales si existe una amenaza para una escuela o sus empleados y personal;
- Para procesos judiciales (tales como en respuesta a una orden judicial u otra solicitud por un juez);
- A programas de compensación a trabajadores cuando su problema de salud se debe a una lesión relacionada con el trabajo;
- Para propósitos de ejecución de la ley (tal como proporcionar información limitada para encontrar un sospechoso o persona desaparecida);
- A forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para permitirles desempeñar sus tareas;
- A agencias de donantes de órganos (sujeto a las leyes aplicables);
- Para estudios de investigación que cumplen con todos los requisitos de privacidad de la ley (tal como investigación para detener una enfermedad);
- Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad de otras personas;
- A entidades públicas o privadas autorizadas para asistir en esfuerzos de asistencia en casos de desastres;
- A agencias gubernamentales para actividades de inteligencia y seguridad nacional (cuando esto sea requerido por la ley);
- A agencias gubernamentales para que puedan proteger al Presidente, jefes de estado extranjeros y otras personas;
- A instituciones correccionales, si usted es un recluso;
- A las fuerzas armadas, si usted es miembro de las fuerzas armadas;
- A farmacias para aquellos que necesiten recetas;
- A autoridades militares extranjeras, si usted es miembro de una fuerza militar extranjera;
- Los usos y la divulgación de información de salud protegida (PHI) para propósitos de comercialización, así como divulgaciones que constituyen una venta de PHI, requieren autorización por parte del individuo;
- Otros usos y divulgaciones no descritas en este aviso sólo se harán con autorización del individuo;
- Los individuos tienen el derecho de optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos;
- Los individuos tienen un derecho de restringir ciertas divulgaciones de información de salud protegida a un plan de salud donde el individuo paga de su propio bolsillo en su totalidad por el artículo de atención médica o servicio;
- Los individuos afectados tienen un derecho de ser notificados después de un incumplimiento de información de salud protegida no asegurada;
- A nuestros asociados de negocios que nos ayudan a realizar las tareas requeridas, tal como nuestros contadores, consultores informáticos y compañías de facturación (sólo si el asociado de negocios acepta por escrito mantener confidencial su información de salud según lo requerido por la ley); y
- Para cualquier otro propósito requerido o permitido por la ley.

Compartiremos su información de salud con profesionales de la salud que no pertenecen a nuestro personal, como otros proveedores de atención médica y personal del hospital, que ayudan a cuidarlo. Esta información puede compartirse por fax, papel o formatos electrónicos. También participamos en un intercambio de información de salud (Organización Regional de Información de Salud de Colorado o CORHIO), que permite a los proveedores de atención médica compartir una base de datos que contiene su información de salud para fines de tratamiento y le permite brindarle una atención mejor y más eficiente. Sin embargo, puede optar por no participar en CORHIO en cualquier momento notificando a nuestro personal, que luego le proporcionará los formularios para hacerlo.

Requisitos más estrictos para información sobre el tratamiento por trastorno de drogadicción y alcoholismo: El uso y la divulgación de tipos específicos de información de salud, tal como la información sobre el tratamiento por **trastorno de drogadicción y alcoholismo**, están sujetos a requisitos más estrictos que aquellos indicados en este Aviso. Sin embargo, aún existen algunas circunstancias en las cuales estos tipos de información de salud pueden utilizarse o divulgarse sin su permiso escrito.

INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO POR TRASTORNO DE DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO

La confidencialidad de los registros de pacientes de **trastorno alcoholismo y drogadicción** mantenida por nuestros programas está protegida por la ley HIPAA, las leyes y normativas federales en 42 CFR Parte 2. Por lo general, no podemos decirle a una persona fuera de un programa que un paciente asiste a un programa ni divulgar ninguna información que identifique a un paciente como sufriendo de un trastorno de drogadicción o alcoholismo a menos que:

- El paciente consienta a esto por escrito;
- La divulgación sea permitida por una orden judicial; o
- La divulgación se haga al personal médico en una emergencia médica o a la persona calificada para investigación, auditoría o evaluación del programa.

La violación de las leyes y normativas federales con respecto a los registros de pacientes **con trastorno de drogadicción y alcoholismo** por un programa es un crimen. Las violaciones sospechadas pueden notificarse a las autoridades apropiadas de acuerdo con las normativas federales. Las leyes y normativas federales no protegen ninguna información acerca de un crimen cometido por un paciente ya sea en el programa ni contra cualquier persona que trabaje para el programa, ni acerca de cualquier amenaza de cometer un crimen de este tipo. Las leyes y normativas federales no protegen ninguna información acerca de presunto abuso o abandono infantil para evitar que sea notificada bajo las leyes estatales a las autoridades apropiadas estatales o locales.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU PERMISO ESCRITO

Excepto como se indicó anteriormente, haremos otros usos y divulgaciones de su información de salud solo después de obtener su permiso por escrito en un formulario de Autorización o Divulgación de Información. Si usted autoriza un uso no contenido en este aviso, puede revocar su autorización en cualquier momento notificándonos por escrito que usted desea hacerlo.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

Sujeto a ciertos límites legales, usted tiene derechos con respecto al uso y divulgación de su información de salud, incluyendo los derechos para:

- Solicitar restricciones en ciertos usos y divulgaciones de su información de salud. No tenemos que estar de acuerdo con dicha solicitud, y existen ciertos límites a cualquier restricción que le serán provistos en el momento de su solicitud.
- Recibir comunicaciones confidenciales de su información de salud. Usted tiene el derecho de solicitar la posibilidad de recibir comunicaciones de información de salud protegida por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- Inspeccionar y copiar su información de salud. Existen algunas limitaciones a este derecho que le serán provistas en el momento de su solicitud, en caso de existir tal limitación. Sus registros médicos no pueden conservarse por más de 7 años;
- Solicitar una enmienda a su información de salud. No se requiere que enmendemos el registro si se determina que el mismo es exacto y completo. Existen algunas otras excepciones que le serán provistas en el momento de su solicitud, si corresponde, junto con el proceso de apelación disponible para su caso.
- Recibir un listado de nuestros usos y divulgaciones de su información de salud. Asimismo, el listado no incluye divulgaciones hechas a usted, divulgaciones hechas de acuerdo con un documento firmado de autorización o liberación de la información, o divulgaciones hechas antes del 14 de abril de 2003.
- Obtener una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- **Leyes de privacidad:** Se nos requiere por las leyes estatales y federales mantener la privacidad de información de salud protegida. Asimismo, se nos requiere por ley proporcionar a los clientes un aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Este es el propósito del Aviso.
- **Términos del aviso y cambios al aviso:** Se nos requiere cumplir con los términos de este Aviso o de cualquier aviso enmendado que pudiera seguir. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y de hacer las nuevas disposiciones del Aviso vigentes para toda la información de salud protegida que mantengamos. Cuando se modifica el Aviso, dicho Aviso modificado se publicará en todos los centros de entrega de servicios y estará disponible a pedido.

PREGUNTAS, INQUIETUDES Y QUEJAS

Si usted tiene cualquier pregunta o inquietud acerca de este Aviso o cree que se han violado sus derechos a la privacidad, puede ponerse en contacto con cualquiera de las organizaciones listadas más abajo:

- Para presentar una queja ante SummitStone Health Partners, póngase en contacto con el Defensor de Clientes y Familias al (970) 494-4359. La dirección es 4102 South Timberline Road, Fort Collins, CO 80525.
- Para presentar una queja ante el Distrito de Salud del Norte del Condado de Larimer, póngase en contacto con el Funcionario de Privacidad al (970) 224-5209. La dirección es 120 Bristlecone Street, Fort Collins, CO 80524.
- Para presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos, póngase en contacto con la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de EE. UU. de Salud y Servicios Humanos, 1961 Stout Street, Room 1426, Denver, CO 80294; teléfono: (303) 844-2024; TDD: (303) 844-3439; fax: (303) 844-2025.
- Para presentar una queja ante Genoa a QoL Healthcare Company, póngase en contacto con el Administrador de Farmacia al (412) 613-4434. La dirección es 4900 Perry Highway, Building 2, Pittsburgh, PA 15229.
- Para presentar una queja ante los Centros Comunitarios de Salud de Sunrise o Loveland, llame al (970) 292-1522. La dirección es 302 SE 3rd Street #150, Loveland, CO 80538.
- Para presentar una queja ante Estes Park Salud, llame al Gerente de Negocios al (970) 586-9230, o si no puede resolver el problema localmente, todas las quejas deberán referirse al Director de Servicios para Pacientes, al (303) 892-6401. La dirección es Center Manager, Estes Park Salud, 1950 Redtail Hawk Dr., Estes Park, CO 80517.
- Para presentar una queja ante Associates in Family Medicine, póngase en contacto con el Funcionario de Cumplimiento al (970) 495-6201. La dirección es 3702 Automation Way, Suite 103, Fort Collins, CO 80525.
- Para presentar una queja ante Family Medicine Center, póngase en contacto con el Representante del Pacientes al (970) 495-7346.

NO TOMAREMOS REPRESALIAS CONTRA USTED POR PRESENTAR UNA QUEJA.

**ACEPTACIÓN DEL AVISO
CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Nombre del paciente (en letras de molde)

Fecha de nacimiento

Por este medio reconozco haber recibido el Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad.

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha

(Para uso cuando no puede obtenerse el reconocimiento del paciente.)

El paciente se presentó ante **SummitStone Health Partners, el Distrito de Salud del Norte del Condado de Larimer, Salud Family Health Center, Sunrise Community Health Center, Loveland Community Health Center, Family Medicine Center, Associates in Family Medicine y Genoa, A QoL Healthcare Company** el _____ (fecha) y fue provisto una copia del Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad. Se hizo un esfuerzo de buena fe para obtener del paciente una aceptación por escrito de su recepción del Aviso. Sin embargo, no se obtuvo tal aceptación porque:

_____ El cliente se negó a firmar.

_____ El cliente no pudo firmar ni colocar sus iniciales porque: _____

_____ El cliente tuvo una emergencia médica, y se hará un intento de obtener la aceptación en la próxima oportunidad disponible.

_____ Otro motivo (declare aquí): _____

Firma del empleado (Signature of Staff Member)

Fecha (Date)