



SOUTHWEST BEHAVIORAL HEALTH SERVICES (SBH) AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Revisado el 6 de diciembre del 2016

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA, REVELADA Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

Si tiene algunas preguntas acerca de este aviso, por favor de contactar al Oficial Privado de SBH (602-265-8338 x4433). El Oficial Privado puede ser contactado en escrito al: Privacy Officer, Southwest Behavioral Health, 3450 N 3rd St., Phoenix, Arizona 85012.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podríamos revelar información médica acerca de usted. También describe sus derechos al acceso de su información médica. “Información Médica Protegida” (IMP) es información acerca de usted, incluyendo información demográfica que lo identificaría y que se relaciona a su pasado, presente o futura condición médica, ya sea física o mental y relacionado de sus servicios de cuidado médico. Este Aviso de Prácticas de Privacidad será seguido por todo el personal de SBH y es aplicada para todos los lugares y facilidades operadas por los servicios de SBH.

Estamos obligados por ley proteger su IMP, para respetar los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad y para proveerle con información acerca de la póliza y prácticas privadas de SBH. Podríamos modificar nuestros términos al respeto en cualquier momento. La nueva notificación sería efectiva para proteger toda información médica que mantendremos en su debido momento. De introducir tales cambios, pondremos un nuevo aviso en nuestro sitio en la red (www.sbhservices.org). Si usted desea una copia de la revisión al respeto del Aviso de Privacidad, se la proveeremos si solicita.

Los Usos y las Revelaciones de Información Médica Protegida (IMP)

A. Los usos y las revelaciones para tratamiento, pagos y operaciones del cuidado médico

SBH usará y revelará su información médica protegida para tratamiento, pago y operaciones del cuidado médico. Lo siguiente son ejemplos de los tipos de usos y revelaciones de su IMP que SBH está permitido hacer. Estos ejemplos no son significados para incluir todos usos posibles de su IMP, pero para describir los tipos de usos y revelaciones que podrían ser hechas por nuestras oficinas.

Tratamiento: Nosotros usaremos y revelaremos su IMP para proveer, coordinar y administrar su asistencia médica y algunos servicios relacionados. Su IMP podría ser usada y revelada por su psiquiatra, nuestro personal, su clínico u otros fuera de esta oficina que estén involucrados en su cuidado y tratamiento para el propósito de proporcionarle asistencia médica. Por ejemplo, su IMP puede ser mandada a un médico al quien ha sido referido para asegurar que él/ella tenga la información necesaria para diagnosticarlo/a o tratarlo/a por una condición médica.

Pago: Su IMP será usada, a como sea necesitada para obtener pagos por su asistencia de cuidados médicos. Podría incluir ciertas actividades que su plan de seguro puede emprender antes de ser aprobado o pagar por la asistencia de cuidado médico que solicitemos o recomendar para usted tal y cómo hacer una determinación de elegibilidad o cobertura para beneficios, revisando los servicios proporcionados de usted para necesidad médica y emprendiendo la utilización de actividades revisadas. Por ejemplo, obteniendo la aprobación

para permanecer en un hospital sea pertinente que su IMP sea revelada a su plan de seguro o podríamos necesitarla para decirle a su plan de seguro acerca de los servicios recomendados o para recibir anteriormente la aprobación por los servicios de medicamentos.

Operaciones para el cuidado médico: Podríamos usar o revelar su IMP en orden para apoyar las actividades del negocio de SBH. Estas actividades incluyen, pero no son limitadas, para revisión de servicios y cuentas de registros, calidad de juicio, revisión del empleado, administración de actividades arriesgadas, entrenamiento del personal, autorizando y acreditando. Por ejemplo, SBH regularmente revisa la calidad y contenido de la tabla clínica. Este requiere que los verdaderos registros clínicos sean revisados al azar para asegurar que la documentación clínica reúna los requisitos regulatorios bajo cual nosotros operamos. En adición, podríamos llamarle a la sala de espera mientras su clínico esté listo para atenderlo.

Compartiremos su IMP con otros que realizar varias actividades para SBH. Siempre y cuando tengan un acuerdo entre nuestra oficina y un negocio asociado que involucre el uso o revelación de su IMP, tendremos un contrato en escrito que contenga los términos que protegerá la privacidad de su IMP.

B. Otros Usos Permitidos y Requeridos y Revelaciones que serían hechas sin su Consentimiento, Autorización u Oportunidad de Oponerse.

Nosotros podríamos usar o revelar su IMP en las siguientes situaciones sin su consentimiento o autorización:

- Requerido por la ley – en mantener con la ley y solo la información pertinente para el requerimiento de la ley
- Salud Pública – para el propósito de control de enfermedades, herida o incapacidad incluso a notificar a una persona quien podría haber estado expuesto/a una enfermedad comunicable o podría estar en riesgo de contraer o extender la enfermedad o condición
- Abuso o Incumplimiento – para recibir registros de un niño abusado/incumplimiento o si ha sido víctima de abuso o incumplimiento
- Descuido Médico – para gobernar agencias que supervisan sistemas de cuidado médico, programas de beneficios y/o los derechos de leyes civiles
- Administración de Comida y Medicamento (FDA) – para una persona o compañía que requiera por la FDA que reporte eventos adversos, productos defectuosos o problemas
- Procedimientos Legales y/o Responder a una Orden Tribunal – en responder para un judicial o procedimientos administrativos o en responder a una orden legal del tribunal.
- Ley Jurídico – cómo requerida para cumplir con procesos legales, información limitada para identificación y propósito de locación, relacionado para víctimas de un crimen que ocurra en premisa de SBH
- Forense, Directores Funerarios y Donación de Órganos – para el propósito de identificación, determinación de la causa de muerte,
- Investigaciones – para cumplir con el permiso de SBH y revisar las investigaciones
- Actividades Criminales – para prevenir o disminuya una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de la persona o al publico
- La Actividad Militar y Seguridad Nacional – para armamento del personal de fuerzas para actividades consideradas necesarias por la autoridad del comando militar, para determinar elegibilidad para beneficios de los veteranos, para la seguridad nacional o actividades de inteligencia
- Compensación del Trabajador – para cumplir con la ley de la compensación del trabajador
- Presidarios recibiendo Servicios por los Practicadores de SBH – si su clínico de SBH le está brindando servicios mientras que usted está encarcelado/a
- Usos Requeridos y Revelaciones – para cumplir con la Sección 164.502 por el propósito de investigar tal pedido por la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

C. Otros Usos Permitidos y Requeridos y Revelaciones que podrían ser hechas.

Nosotros podríamos usar y revelar su IMP en las siguientes circunstancias. Usted tiene la oportunidad de oponerse para el uso o revelaciones de todo o parte de su IMP. Si usted no está presente o de acuerdo o se oponga al uso o revelación de su IMP, entonces su clínico, usando decisión profesional, determinará que la revelación sea en su mejor interés. En este caso, solo el IMP que es pertinente a su cuidado médico será revelado.

Otros Involucrados en su Cuidado Médico o Pagos para su Cuidado Médico: En conformidad con A.R.S. 36-509.A.7, podemos revelar su IMP a otras personas, como miembros de familia, otros parientes, amigos personales u otras personas identificados por usted cuando recibimos su consentimiento verbal o en escrito, si ha recibido la oportunidad de oponerse y no nos informó de su objeción o si nosotros razonablemente inferimos, basado en las circunstancias, que usted no se opone. Si usted es incapaz de acordar u oponerse a la revelación de información, podemos revelar su información si determinamos que es en su mejor interés. También podemos revelar su IMP sin su consentimiento en la circunstancia si creemos que usted presenta una grave e inminente amenaza a la salud o la seguridad de usted u otros y creemos que sus parientes u otros podrían ayudar prevenir la amenaza. Además, podemos notificarle a sus parientes u otros identificados sin su permiso sobre su ubicación, condición general o de su muerte. Finalmente, podemos revelar su IMP a una entidad pública o privada para asistir en alivio de desastre y para coordinar usos y revelaciones a parientes u otros individuos involucrados en el cuidado de su salud.

Investigaciones: Bajo ciertas circunstancias, podríamos usar y revelar información médica acerca de usted para propósito de investigaciones. Por ejemplo, un proyecto de investigaciones puede involucrar comparando la salud y recuperación de todos los consumidores quienes recibieron un medicamento a quienes recibieron otro, para la misma condición. Todos los proyectos de investigaciones son sujetos para un proceso de aprobación especial por SBH que propone un equilibrio para el proyecto de investigaciones y es usada de la información médica con las necesidades del consumidor para la privacidad de sus informaciones médicas. Antes de usar o revelar para investigar información médica, el proyecto deberá ser aprobado por este proceso de evaluación. Nosotros casi siempre preguntaremos por su permiso específico si el investigador tiene acceso a su nombre, dirección, o otra información que revele quien es, o se involucrará en su tratamiento con SBH.

Para Prevenir Serias Amenazas para la Salud o Seguridad: Nosotros podríamos usar o revelar información médica acerca de usted siempre y cuando sea necesaria para prevenir serias amenazas para su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Alguna revelación será solo para alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

Barreras de Comunicación: Nosotros podríamos usar y revelar su IMP si su clínico trata de obtener su consentimiento, pero si no puede hacerlo por barreras sólidas de comunicación y el clínico, usando una decisión profesional, determine de su intención para usar el consentimiento o revelar bajo las circunstancias.

Según lo Exige la Ley: Nosotros revelaremos información médica acerca del uso cuando nos exija hacerlo la ley federal, estatal o local.

Usos y Revelaciones de su IMP con su Permiso

Usos y revelaciones no se ha descrito antes será generalmente hecha solo con su permiso en escrito, llamada una "autorización." Usted tiene el derecho de suspender la autorización en cualquier tiempo. Si suspende su autorización no haremos más uso o revelaciones de su IMP bajo esa autorización, pero no podemos deshacer algún uso o revelación que ya hemos hecho en su previa autorización.

Sus Derechos

Lo siguiente es una declaración de sus derechos con respeto a su IMP y una breve descripción de cómo puede ejercitar estos derechos.

- Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su IMP. Usted debe de someter su pedido en escrito al clínico asignado. Podríamos cobrarle una cuota por los costos del material copiado que usted haya pedido y le proveeremos el acceso y/o copias dentro de 30 días (para los individuos que han sido identificado con una enfermedad mental seria (SMI), le proveeremos con acceso y/o copias de los archivos pedidos entre 10 días de trabajo o sino le proveeremos con una explicación en escrito por la cual SBH no puede cumplir con su pedido). Se le podría negar su pedido para inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias limitadas. Usted puede solicitar que la negación sea revisada. La persona encargada de revisar su negación, no será la misma persona que originalmente le negó su pedido. Cumpliremos con el resultado de la revisión.
- Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su IMP. Su solicitud tiene que ser presentada en escrito al clínico asignado. En su solicitud debe indicarnos que información quiere que sea limitada; ya sea que quisiera que limitemos el uso, revelar o ambos; y a quien quiere que se le aplique su límite. Nosotros no estamos obligados a aceptar su solicitud a menos que usted nos esté pidiendo no enviar su IMP a un plan de salud para operaciones de pago o de atención médica si el IMP es específico a un servicio que usted (u otra persona que no está en el plan de salud) haya pagado a SBH en totalidad. Si estamos de acuerdo con su solicitud, la apoyaremos excepto cuando la información sea requerida para proveer tratamiento de emergencia.
- De manera alternativa usted tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales de parte de SBH o en un lugar alternativo. Su solicitud tiene que ser presentada en escrito al clínico asignado. Su solicitud debe especificar cómo o donde desea ser contactado y tiene que contener una declaración que revele detalladamente toda su información médica que este requiriendo ser comunicada en cierta manera o en cierto lugar que lo pudiera poner en riesgo de peligro.
- Usted tiene el derecho de pedir que SBH enmiende su IMP. Su solicitud tiene que ser presentada en escrito al clínico asignado. En adición, tiene que proveer la razón que sostenga su solicitud. Podríamos negarle su solicitud de enmienda, si no es por escrito o no incluye la razón que sostenga su pedido. En adición, se le podría negar su solicitud si nos pide enmendar información que: no fue creada por nosotros, al menos que la persona o entidad que creó la información no esté disponible para hacer la enmienda; si no es parte de información médica guardada por SBH; no es parte de la información por la cual se le pudiera ser permitido para inspeccionar o copiar; que este correcta y completa. SBH responderá a su pedido en el tiempo oportuno, 60 días o menos después que recibimos el pedido.
- Usted tiene el derecho de recibir cuentas de ciertas revelaciones hechas por SBH, si es que hay de su IMP. Usted tiene que someter su solicitud de la lista o cuentas de revelaciones en escrito al clínico asignado. Su solicitud tiene que indicar un periodo de tiempo que no fuese más de 6 años y que no incluya fechas antes del 14 de abril de 2003. Su solicitud tiene que incluir de qué forma quiere la lista. La primera lista que solicite dentro de un periodo de 12 meses será totalmente gratuita. Le podríamos cobrar una cuota por algunas listas pedidas adicionalmente. Le notificaremos del costo involucrado y podría escoger retirar o modificar su solicitud antes de que ocurra algún costo.
- Usted tiene el derecho a ser notificado en caso de incumplimiento de seguridad a la información médica protegida relacionada con su PHI

- Usted tiene el derecho de obtener una copia de este aviso de nuestra parte. Usted podría pedirnos una copia de este aviso en cualquier tiempo. Aunque haiga recibido este aviso electrónicamente, de todos modos, tiene el derecho a una copia de este aviso. Usted podría obtener una copia de este aviso en www.sbhservices.org.

Aviso de Practicas de Información de Salud

SBH participa en un servicio de información electrónica ofrecido por The Network, una organización sin fines de lucro operada por Arizona Health-e Connection (AzHeC). Este es un servicio gratis que le puede ayudar a usted y sus proveedores de servicios de salud coordinar su cuidado en compartir su información de salud en una manera segura. Este programa permite que sus doctores y proveedores de servicios de salud compartan su información de salud, como admisiones y altas de hospitales, historial médico, laboratorios, y otra información de salud. **Si usted desea que su doctor y proveedores de servicios de salud compartan su información de salud electrónicamente en una manera segura para coordinar su cuidado, no necesita hacer nada. Sin embargo, si no quiere participar en el programa de compartir su información de salud, necesita “opt-out.”**

Sus derechos bajo artículo 27, sección 27 de la constitución de Arizona, para prevenir que su información médica sea compartida electrónicamente por The Network, puede elegir de las siguientes opciones:

1. Optar que su información no sea compartida. Para “opt-out” tiene que pedirle a SBH por el Formulario de Exclusión Cambio. Después que someta la forma, su información no estará disponible para compartir.
2. Elegir a excluir alguna información de ser compartida. Por ejemplo, si ve a un proveedor de servicio de salud, y quiere prevenir que esa información sea compartida, lo puede hacer. En el Formulario de Exclusión Cambio, llene la información y el nombre del proveedor de la información que quiere prevenir de ser compartido.
3. Cambiar de opinión en cualquier momento. Si dice no hoy, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si no hace nada hoy y deja que su información médica sea compartida, puede “opt-out” en cualquier momento en el futuro.

Quejas

Usted puede archivar una queja con SBH notificando a nuestro Oficial Privado de su concierne considerando el manejo de su IMP. Nosotros no tomaremos represalias en contra de usted por archivar una queja. Usted puede contactar nuestro Oficial Privado, 602-265-8338 x4433 o al correo electrónico privacyofficer@sbhservices.org para información adicional acerca de este proceso. Las quejas deben ser sometidas en escrito. Usted podría también quejarse con la Secretaria de EEUU de Servicios de Salud y Humano si piensa que violamos sus derechos de privacidad.