



## **Aviso de prácticas de privacidad**

*En vigor a partir del 1 de julio de 2013*

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN PERSONAL SOBRE SU SALUD Y CÓMO PUEDE ACCEDER USTED A DICHA INFORMACIÓN. FAVOR DE LEERLO DETENIDAMENTE.**

La Central Washington Comprehensive Mental Health (CWCMH, Organización Integral de Salud Mental del Centro de Washington) respeta la confidencialidad de sus pacientes y solo divulga la información personal sobre su salud (PHI, por sus siglas en inglés) de acuerdo con las leyes federales y del Estado de Washington. Este aviso describe nuestras prácticas en relación con el uso de su historia clínica generada por la CWCMH. La historia clínica es propiedad física de la CWCMH, y la información que figura allí le pertenece a usted.

### **I. USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD**

Con el objetivo de brindarle atención eficazmente, en ciertas ocasiones deberemos compartir su PHI con otras personas ajenas a la CWCMH; por ejemplo:

**Tratamiento:** Podemos usar o divulgar su PHI para brindar, coordinar o gestionar su atención o cualquier otro servicio relacionado con otros proveedores, tales como un cirujano que pueda necesitar información médica antes de realizar una intervención quirúrgica.

**Pago:** La información será utilizada para obtener el pago por el tratamiento y los servicios prestados, lo cual incluye comunicarnos con su compañía de seguros de salud para obtener previa autorización del tratamiento planificado, o bien por cuestiones de facturación. En el caso de los servicios por abuso de sustancias adictivas, se necesitará una autorización firmada para contactar a la aseguradora.\*

**Administración de la atención médica:** Podemos utilizar su información para coordinar nuestras actividades comerciales; entre ellas, concertar sus citas, revisar la atención que usted recibe y capacitar al personal.

**Acuerdo Organizado de Atención Médica (OHCA, por sus siglas en inglés):** Podemos usar y divulgar PHI con otros proveedores y planes de atención médica según sea necesario para llevar a cabo operaciones relacionadas con el tratamiento, el pago y la atención médica, que pueden incluir revisiones de utilización, evaluaciones de calidad y actividades de mejoramiento.

### **II. INFORMACIÓN DIVULGADA SIN SU CONSENTIMIENTO**

**Emergencias:** Podemos divulgar la información que sea necesaria para tratarlo en caso de emergencia.

**Citas y atención de seguimiento:** Nos comunicaremos con usted en forma periódica por teléfono o por correo, para recordarle sus citas futuras o brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que pudieran interesarle.

**Exigencia de la ley:** Incluiría las situaciones en que tengamos una orden judicial o en que se nos exija suministrar información relacionada con la salud pública, tal como enfermedades transmisibles; sospecha de abuso o negligencia, por ejemplo maltrato de menores, maltrato de ancianos o maltrato en residencias geriátricas o en centros para deficientes mentales; o comportamiento antiético de un profesional de la atención médica.

**Médicos forenses y directores funerarios:** Podemos divulgar información personal sobre la salud a médicos forenses y a directores funerarios para que puedan desempeñar su trabajo.

**Requisitos gubernamentales:** Podemos divulgar información a un organismo de supervisión de la salud para colaborar con actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Asimismo, cabe la posibilidad

de que debamos compartir información con la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) en relación con situaciones adversas o defectos en los productos. De ser necesario, también se nos exige compartir información con el Department of Social and Health Services (DSHS, Departamento de Servicios Sociales y de Salud) para determinar nuestro grado de cumplimiento con las leyes federales que rigen la atención médica.

**Actividad delictiva o peligro para terceros:** Si se comete algún delito en nuestras instalaciones o contra nuestro personal, podemos suministrarle información a las autoridades para detener al presunto delincuente. También tenemos la obligación de dar parte a la policía y advertir a toda posible víctima cuando consideremos que pueda existir un peligro inminente para alguna persona. Por otro lado, si consideramos que usted representa un peligro para sí mismo, podemos comunicarnos con un profesional de salud mental designado, para evaluar la posibilidad de hospitalización. Si usted es un paciente de salud mental sentenciado de acuerdo con la Ley de Reforma de Imposición de Condenas (Sentencing Reform Act), podemos suministrar PHI al Departamento Penitenciario.

**Socios comerciales:** Podemos divulgar su PHI a personas u organizaciones que brinden asistencia a la CWCMH o para cumplir con sus obligaciones legales, según se describe en el Aviso. Por ejemplo, podemos divulgar información a nuestro proveedor de software informático para que nos ayude con el mantenimiento de nuestro programa de software.

**Recaudación de fondos:** La CWCMH es una organización sin fines de lucro que presta servicios de atención médica. De vez en cuando, recaudamos fondos por medio de proyectos comunitarios, y podemos solicitar que nuestro personal de tratamiento se acerque a nuestros pacientes para ver si desean participar en estas actividades planificadas. En caso de aceptar, los pacientes deberán firmar una autorización para divulgar información. Nunca venderemos su PHI.

**Se encuentra disponible a pedido del interesado una lista completa de las personas y los organismos a los que la CWCMH puede divulgar, sin su consentimiento, información relacionada con su atención médica.**

### III. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A LA QUE USTED SE PUEDE OponER

**Directorio de la institución:** Esta PHI se limita a su nombre, ubicación en esta organización y estado general de salud (crítico, bueno, regular o alguna descripción similar). La CWCMH solo suministrará esta información si usted lo autoriza por escrito.

**Divulgación a familiares, amigos u otras personas:** Podemos divulgar su PHI a sus familiares, amigos u otras personas. La CWCMH solo suministrará PHI si usted lo autoriza por escrito.

**Asistencia en caso de catástrofe:** A menos que usted se oponga, la CWCMH puede divulgar su ubicación y estado general a una organización pública o privada (la Cruz Roja, por ejemplo) autorizada por ley o por su acta constitutiva a brindar asistencia en caso de catástrofe.

### IV. SUS DERECHOS

Usted tiene los siguientes derechos según la legislación federal y del Estado de Washington:

**Copia de la historia clínica:** Usted tiene derecho a revisar su historia clínica generada por la CWCMH. Podemos cobrarle una tarifa razonable por fotocopiar dicha historia clínica y enviarla por correo.

**Divulgación de la historia clínica:** Usted puede dar su consentimiento por escrito para que se divulgue su historia clínica a terceros por cualquier motivo; por ejemplo, a un abogado, al empleador o a otras personas que usted desee que estén enterados de su atención médica. Asimismo, puede revocar este consentimiento en cualquier momento, pero ello no afectará las medidas que ya se hayan tomado en consecuencia de su autorización previa. La solicitud para revocar la divulgación de información debe hacerse por escrito.

**Restricciones en la historia clínica:** Usted puede solicitarnos que no usemos o divulguemos cierta parte de la información personal sobre su salud. Este pedido debe hacerse por escrito. La CWCMH no está obligada a acceder a su solicitud si considera que hacerlo no lo beneficiará a usted. La solicitud debe ser entregada al Departamento de Historias Clínicas, el cual

consultará al personal que participa en su atención para determinar si puede tenerse en cuenta su solicitud. Para comunicarse con el Departamento de Historias Clínicas, llame al (509) 575-4084.

**Restricciones en la historia clínica sobre servicios que usted mismo haya pagado:** Si ha pagado la totalidad de un servicio, no divulgaremos la información relacionada con ese servicio a su plan de salud para las operaciones de pago o atención médica si usted solicita por escrito que no se divulgue la PHI.

**Comunicaciones confidenciales:** Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de determinada manera o en determinado lugar. Por ejemplo: puede solicitar que nos comuniquemos con usted solamente por correo, en su domicilio o en su trabajo. Accederemos a dichas solicitudes siempre y cuando sean razonables. Las solicitudes pueden presentarse ante cualquier coordinador de la oficina. Tenemos derecho a verificar que la información de pago que nos brinda sea correcta. Debido a la política de la organización, no podemos suministrarle información por correo electrónico.

**Correcciones en la historia clínica:** Si usted cree que hay un error en su historia clínica o está incompleta, puede solicitar que la corrijamos. Para hacerlo, comuníquese con el Departamento de Historias Clínicas al (509) 575-4084 y solicite el formulario “Request to Amend Health Information Form” (Solicitud para corregir información médica). En ciertos casos, podemos rechazar su pedido de modificar la historia clínica. Si eso sucede, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo ante nosotros. Nosotros, a su vez, presentaremos nuestra respuesta a su declaración, y ambas serán incorporadas en su historia clínica.

**Exposición de las divulgaciones:** Usted puede solicitar una lista de toda divulgación que hayamos realizado con respecto a la información personal sobre su salud, excepto la información que utilizamos por cuestiones de tratamiento, pago o administración de la atención médica; o que compartimos con usted o su familia; o que específicamente nos autorizó a divulgar. También queda excluida la información que tuvimos que divulgar obligatoriamente. Presente su solicitud por escrito ante nuestro Departamento de Historias Clínicas. La primera exposición en un período de 12 meses se realizará sin cargo. Deberá abonar una tarifa por cualquier exposición que se realice en los 12 meses posteriores a la exposición inicial.

### **Responsabilidades legales**

**Cambios en la política:** La CWCMH se reserva el derecho de cambiar su Declaración de Privacidad según las necesidades de la organización y los cambios que se hagan en la legislación estatal y federal. Puede solicitarle una copia del Aviso modificado a cualquier coordinador de la oficina.

La legislación federal y estatal exige que la CWCMH proteja la privacidad de su PHI, notifique a las personas afectadas en casos en que la seguridad de la PHI esté comprometida, le suministre a usted una copia de este Aviso y cumpla con las prácticas de privacidad descritas anteriormente.

**Preguntas y quejas:** Si tiene alguna pregunta o queja, o si desea solicitar una copia de este informe, puede comunicarse con cualquier integrante de su equipo de tratamiento o con el Oficial de Privacidad de la CWCMH, por escrito, a nuestra oficina: Yakima Center Office, 402 South 4<sup>th</sup> Avenue, Yakima WA 98902, o por teléfono al (509) 575-4084. Asimismo, si considera que la CWCMH ha infringido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos: Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 2201 Sixth Avenue-Mail Stop RX-11, Seattle, WA 98121; o por teléfono al (206) 615-2290, (206) 615-2296 (TTY) o gratuitamente al (800) 362-1710 u (800) 537-7697 (TTY). No se tomará ninguna represalia por la denuncia de supuestas infracciones a sus derechos.



**Usos y divulgación de información sobre salud mental que no requieren su consentimiento o autorización:**

Dentro de la organización.

A una persona que tenga responsabilidad médica sobre la atención de los pacientes o la institución de atención donde reside el paciente.

A un profesional matriculado de la salud mental, profesional de atención médica o el personal administrativo o de oficina que brinde la atención, o a quien usted haya sido derivado para su evaluación o tratamiento.

A un profesional de salud mental designado.

A un empleado de una institución penitenciaria estatal o local donde esté confinada la persona.

A una persona que brinde evaluación, tratamiento o servicios de seguimiento a alguien que sea delincuente psicótico.

A un tribunal por orden judicial y/o a tribunales, su abogado o tutor *ad litem* según sea necesario para administrar procedimientos de internación o tutela.

Para la evaluación del programa o investigación, si los destinatarios firman un juramento de confidencialidad.

A funcionarios encargados del cumplimiento de la ley, al departamento penitenciario o a la junta de revisión de sentencias indeterminadas.

A los funcionarios de la salud pública.

A las personas que sean necesarias para que el paciente realice una reclamación por auxilio, seguro o asistencia médica.

A los Servicios de Protección de adultos o menores.

Al abogado de una persona detenida o al fiscal para cumplir las obligaciones de la oficina en relación con la excarcelación anticipada, una alternativa menos restrictiva o una orden de internación.

A las autoridades y a las personas para cuya salud y seguridad el paciente represente una amenaza o que conste que el paciente haya hostigado en repetidas ocasiones.

Al familiar más cercano, abogado, tutor o curador de un paciente si el paciente se encuentra en una institución o padece una enfermedad física grave.

Al departamento de salud, para determinar el cumplimiento de leyes o reglas de registro, certificación o licencia estatales o federales.

A una persona, entidad u organización, según sea necesario, para la administración de auditorías financieras o el control y la evaluación de programas.

Al departamento de servicios sociales y de salud, al director de redes regionales de apoyo y a servicios de administración de recursos según sea necesario para determinar la evolución e idoneidad del tratamiento.

**Usos y divulgación de información sobre salud relacionada con el abuso de sustancias adictivas que no requieren su consentimiento o autorización:**

Cuando lo autorice una orden judicial.

En una emergencia médica, al personal médico.

Para cumplir con la denuncia obligatoria de abuso o negligencia de menores.

Cuando un paciente cometa un delito o amenace con cometer un delito en las instalaciones del programa o contra el personal del programa.

Al secretario de servicios sociales y de salud para llevar a cabo la investigación y evaluación de programas, y la verificación a fin de garantizar que los reembolsos sean adecuados y que los beneficiarios cumplan con los requisitos para recibirlos.

A las autoridades y a las personas para cuya salud y seguridad el paciente represente una amenaza o que conste que el paciente haya hostigado en repetidas ocasiones.