

ANUNCIO SOBRE MANEJO DE PRIVACIDAD DE A TO Z THERAPIES

ESTE ANUNCIO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER EMPLEADA Y COMPARTIDA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO CON CUIDADO.

Como parte de los servicios ofrecidos a usted, recopilamos información acerca de su cuidado de salud. Necesitamos esta información para poderle ofrecer servicios de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este anuncio aplica en el caso de todos los registros relacionados con el cuidado de su salud generados en A TO Z THERAPIES o por una institución afiliada a A TO Z THERAPIES.

La ley requiere que nosotros:

- Nos Aregu A to Z Therapies os que la información que lo identifique a usted sea mantenida en privado.
- Le demos este anuncio acerca de nuestras responsabilidades legales y prácticas en materia de privacidad con respecto a la información relacionada con usted.
- Sigamos los términos del Anuncio que esté vigente en la actualidad.

Cómo podemos usar y compartir información acerca de usted:

A continuación se listan las razones debido a las cuales podría compartirse información acerca de usted. En cada categoría explica A to Z Therapies os qué se quiere decir y da A to Z Therapies os un ejemplo. No se listará cada uso o forma de compartir la información en cada categoría.

Las maneras en las cuales podemos compartir información incluyen:

Para Tratamiento: Podemos compartir información acerca de usted con personal de A TO Z THERAPIES o fuera de A TO Z THERAPIES que esté involucrado con su caso. Por ejemplo, una persona directamente a su cargo puede necesitar compartir información acerca de sus medicinas con su psiquiatra o con el gerente de su caso.

Para Trámites de Pago: Podemos usar y compartir información acerca de usted de forma tal que se pueda facturar y cobrar a usted, a una empresa de seguros o a un programa de salud del gobierno por los servicios brindados. También podemos informar a su plan de salud acerca de un servicio que usted podría estar recibiendo para obtener previa aprobación de ellos o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Para Operaciones de Cuidado de la Salud: Podemos usar información acerca de usted para ejecutar nuestro programa y para asegurar que usted reciba servicios de calidad, o para decidir si debemos cambiar y modificar nuestros servicios.

Cuando sea requerido por la Ley: Brinda A to Z Therapies os información acerca de usted cuando nos sea exigido por la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, podríamos revelar información acerca de usted a las autoridades competentes para reportar sospecha de abuso o negligencia.

Para evitar una Amenaza Seria a la Salud o la Seguridad: Podemos usar o revelar información acerca de usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona.

Militares y Veteranos: Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos compartir información acerca de usted de la forma en que se requiera por parte las autoridades militares comandantes.

Compensación a Trabajadores: Podemos compartir información acerca de usted para efectos de Compensación a los Trabajadores o programas semejantes.

Actividades de Supervisión de la Salud: Podemos compartir información acerca de usted con una organización de supervisión de la salud en actividades autorizadas por la ley. Son ejemplos de esto auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias.

Demandas y Disputas: Si usted está involucrado en una demanda o disputa, o si hay una demanda o disputa en relación con sus servicios, se puede compartir información acerca de usted en respuesta a una orden de una corte o una orden administrativa. También podemos compartir información acerca de usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal de otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para hacerle saber a usted acerca de la solicitud, o para obtener una orden para proteger la información solicitada.

Aplicación de la Ley: En ciertas situaciones podemos brindar información acerca de usted a oficiales de la ley. Por ejemplo, podemos brindar información acerca de usted para identificar o ubicar una persona perdida; para reportar una muerte que pueda ser el resultado de una conducta criminal; o en circunstancias de emergencia, para reportar un crimen, la ubicación de un crimen o víctimas, o la identidad, descripción y ubicación de la persona sospechosa de haber cometido un crimen.

Forenses, Examinadores Médicos y Directores Fúnebres: Podemos brindar información a un forense o examinador médico para identificar una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. Podemos brindar información a directores fúnebres según sea necesario para ayudarlos en la ejecución de sus labores.

Seguridad Nacional e Inteligencia, Servicios de Protección para el Presidente y

Otros: Podemos brindar información acerca de usted a oficiales federales autorizados para ejecutar labores de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Programas Correccionales: Si usted es un interno de un penal o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos brindar información acerca de usted a la institución penitenciaria o el oficial de la ley, por ejemplo, para proporcionarle a usted cuidado médico, para proteger su salud y seguridad o para proteger la salud y seguridad de otros.

SUS DERECHOS EN RELACION CON LA INFORMACION ACERCA DE USTED:

Usted tiene los siguientes derechos:

Inspeccionar y fotocopiar los registros de servicio que A TO Z THERAPIES tiene de usted.

Usualmente, esto incluye registros médicos y de cobro, pero puede excluir notas de psicoterapia. Para inspeccionar y fotocopiar información de su registro, usted debe enviar una solicitud por escrito al Administrador u Oficial de Conformidad de la HIPAA.

Podemos cobrar un honorario por los costos de fotocopiado, envío por correo u otros costos relacionados con su solicitud.

En limitadas circunstancias, podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, usted puede solicitar la revisión de la negativa. Otro profesional licenciado(a) de la salud seleccionado(a) por A TO Z THERAPIES revisará su solicitud.

Para Enmendar Sus Registros.

Si la información que tenemos acerca de usted es incorrecta o está incompleta, usted puede hacer una solicitud por escrito al Oficial de Conformidad de la HIPAA para enmendar la información. Usted debe incluir una razón que apoye su solicitud.

Podemos denegar su solicitud si no es presentada por escrito o no incluye razones para apoyar la solicitud. También podemos denegar su solicitud si usted solicita que enmendemos información que:

- ❖ no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la corrección.
- ❖ no es parte de la información que mantenemos en nuestros archivos.
- ❖ no es parte de la información que usted está autorizado a inspeccionar y fotocopiar, o
- ❖ nosotros convide A to Z Therapies os que está completa y sea correcta.

Si usted está en desacuerdo con la negativa, puede presentar una carta expresando su desacuerdo. Si usted solicita una corrección de su registro, nosotros incluí A to Z Therapies su solicitud en el registro, sin importar si la corrección es aceptada o no.

Para Recibir una Lista de Accesos a su Información. Mantend A to Z Therapies una lista de ocasiones en que se haya dado acceso a su información a partir del 13 de Abril de 2003, en situaciones que vayan más allá de su tratamiento, cobro u operaciones de cuidado de la salud. Usted tiene derecho a solicitar la lista de accesos. Usted debe presentar una solicitud por escrito al Oficial de Conformidad de la HIPAA. La solicitud no puede abarcar un período mayor a seis años.

Para Solicitar Restricciones. Usted puede solicitar una restricción de acceso a la información sobre su tratamiento, pagos u operaciones de cuidado de la salud. Su

solicitud debe ser presentada por escrito y ser dirigida al Oficial de Conformidad de la HIPAA. Su solicitud debe contener:

1. Qué información usted quiere restringir;
2. Si desea limitar nuestro uso, el acceso que damos a la información o ambos; y
3. A quién o quiénes quiere restringir el acceso.

Por ejemplo, usted podría solicitar que se restrinja a cierta persona el acceso a su información acerca de los servicios que usted ha recibido.

Nosotros no tenemos que aceptar su solicitud. Si la aceptamos, cumplimos con su solicitud a menos que la información sea requerida para proporcionarle tratamiento de emergencia.

Para Solicitar Mecanismos Alternativos para Comunicarse. Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de sus servicios de una manera determinada o en una localidad determinada. Por ejemplo, usted puede solicitar que lo contactemos sólo en el trabajo, o sólo por correo. Su solicitud deberá ser presentada por escrito, y debe indicarnos cómo desea que nos comuniquemos con usted, y debe ser enviada al Oficial de Conformidad de la HIPAA. Toma A to Z Therapies en cuenta todas las solicitudes que sean razonables.

Para recibir una Copia en Papel o Electrónica sobre este Anuncio. Usted tiene el derecho a recibir una copia en papel o electrónica de este anuncio. Usted puede solicitar un anuncio en papel o en formato electrónico al Oficial de Conformidad de la HIPAA.

DERECHOS ADICIONALES EN BASE A LA LEY DEL ESTADO. Las leyes sobre privacidad del estado pueden proporcionar protecciones adicionales a la privacidad. Dichas protecciones serán incluidas en un anexo a este Anuncio por separado.

CAMBIOS A ESTE ANUNCIO. Podemos cambiar este anuncio en el futuro. Podemos hacer cambios al Anuncio efectivos en términos de la información que ya tenemos acerca de usted así como cualquier información que tengamos en el futuro.

QUEJAS. Si usted considera que sus derechos a la privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nuestro Oficial de Conformidad de la HIPAA o Secretario de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deberán ser presentadas por escrito.

No toma A to Z Therapies represalias en su contra por presentar una queja.

Rev. 24 de Abril de 2002

Si tiene preguntas acerca de este documento por favor llame a A TO Z THERAPIES Arizona al Telefono: 602-439-7400.

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Yo he recibido una copia del Anuncio sobre manejo de privacidad de A TO Z THERAPIES. He tenido la oportunidad de revisarlo, y de hacer preguntas al respecto. Entiendo que A TO Z THERAPIES podría ocasionalmente brindar información acerca de mí sin mi consentimiento, de acuerdo a lo estipulado por la ley.

Entiendo que puedo, si lo solicito por escrito, recibir una copia de mi registro de información; solicitar una corrección a mi registro; solicitar métodos de comunicación alternativos; solicitar distribución limitada de la información en mi registro de información; u obtener una lista de los accesos que ha habido a mi registro de información.

Firmando este documento, consiento el empleo y acceso a mi información sobre servicios para tratamientos de rutina, cobro y operaciones.

FIRMA (CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)**FECHA**

Nombre de cliente (Escriba en letra de Molde)