

Cliente:

Fecha:

Fecha Final:

I. ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISARLO DETENIDAMENTE.

II. [YO/NOSOTROS] TENEMOS EL DEBER LEGAL DE SALVAGUARDAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA ("PHI").

Este aviso explica cómo [yo/nosotros] usamos y divulgamos su información de salud protegida ("PHI" para abreviar). [Estoy/estamos] obligado por ley a proteger la privacidad de la PHI, a proporcionarle este aviso y seguir las prácticas de privacidad descritas en él. La PHI incluye información que [yo/nosotros] creamos o recibimos sobre su salud o condición física o mental pasada, presente o futura, la prestación de atención médica a usted o el pago por la atención médica que se le brinda. [Yo/nosotros] podemos cambiar los términos de este aviso y [mis/nuestras] prácticas de privacidad en cualquier momento. Cualquier cambio que [yo/nosotros] hagamos se aplicará a la PHI que [yo/nosotros] ya tenemos, así como a cualquier PHI nueva que [yo/nosotros] creemos o recibamos. Cuando [yo/nosotros] cambiemos [mis/nuestras] prácticas, [yo/nosotros] cambiaremos de inmediato este aviso y lo publicaremos en el área de recepción principal de [mi/nuestra] oficina [y en [mi/nuestro] sitio web en : www.tidesfs.org].

III. CÓMO [YO/NOSOTROS] PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU PHI.

[Yo/nosotros] usamos y divulgamos PHI por muchas razones diferentes. A continuación, [yo/nosotros] describimos los diferentes motivos y le damos algunos ejemplos.

A. Uso y divulgación de PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- 1. Para tratamiento.** [Yo/nosotros] podemos usar y divulgar su PHI para brindarle terapia, asesoramiento, tratamiento y otros servicios. Por ejemplo, [Yo/Nosotros] podemos usar y divulgar su PHI para consultar con otros profesionales sobre su atención. [Yo/nosotros] obtendremos su consentimiento antes de divulgar su PHI con fines de tratamiento si la ley estatal requiere que [yo/nosotros] lo hagamos.
- 2. Por pago.** [Yo/nosotros] podemos usar y divulgar PHI para facturar y cobrar el pago por el tratamiento y los servicios que se le brindan. Por ejemplo, [yo/nosotros] podemos divulgar su PHI a su plan de salud para que le paguen por los servicios de atención médica que le brindamos. [Yo/nosotros] también podemos divulgar PHI a compañías de facturación y compañías que procesan [mis/nuestros] reclamos de seguro médico. [Yo/nosotros] obtendremos su consentimiento antes de divulgar su PHI con fines de pago si la ley estatal exige que [yo/nosotros] lo hagamos.
- 3. Para operaciones de atención médica.** [Yo/nosotros] podemos usar y divulgar PH para operar esta [práctica/agencia]. Por ejemplo, [yo/nosotros] podemos usar PHI para evaluar la calidad de los servicios que usted recibe. [Yo/nosotros] también podemos divulgar PH a [mi/nuestro] contador, abogados y otras personas para asegurarnos de que [estoy/estamos] cumpliendo con las leyes que [me/nosotros] afectan. [Yo/nosotros] obtendremos su consentimiento antes de divulgar su PHI para los fines de [mis/nuestras] operaciones de atención médica si la ley estatal requiere que [yo/nosotros] lo hagamos.

Ciente:

B. Otros usos de la PHI. [Yo/nosotros] también podemos usar y divulgar su PHI por los siguientes motivos:

- 1. Informes exigidos por la ley** [Yo/nosotros] podemos divulgar PHI cuando así lo exija la ley. Por ejemplo, [yo/nosotros] podemos usar PHI para realizar informes obligatorios a varias agencias gubernamentales sobre sospechas de abuso, maltrato, negligencia o explotación de personas vulnerables, como niños y ancianos.
- 2. Vigilancia de la salud** [Yo/nosotros] podemos divulgar su PHI a ciertas agencias gubernamentales autorizadas por ley para otorgar licencias, auditar, inspeccionar o investigar a los proveedores de atención médica y de salud mental y al sistema de atención médica.
- 3. Para evitar daños** Consistente con la ley estatal, [yo/nosotros] podemos divulgar PHI a la policía u otras personas apropiadas, para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad de un cliente, otra persona o el público.
- 4. Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios o servicios relacionados con la salud** [Yo/nosotros] podemos usar su PHI para brindarle recordatorios de citas; o brindarle información sobre opciones de tratamiento u otros servicios o beneficios de atención de salud o salud mental que [yo/nosotros] ofrecemos.
- 5. Procedimientos judiciales** [Yo/nosotros] podemos divulgar PHI de conformidad con una orden judicial válida, una orden de registro y, en determinadas circunstancias, en respuesta a una citación u otra solicitud de descubrimiento. [Yo/nosotros] también podemos usar o divulgar PHI para defendernos de una queja.
- 6. Según lo exige la ley** [Yo/nosotros] divulgaremos su PHI cuando así lo exija la ley federal o estatal.
- 7. Recaudación de fondos** A menos que usted se oponga, podemos utilizar su PHI limitada para informarle sobre nuestros esfuerzos de recaudación de fondos. Las donaciones se utilizan para ampliar y apoyar los servicios y programas educativos que brindamos a la comunidad. Puede optar por no recibir dichas comunicaciones sobre recaudación de fondos en cualquier momento comunicándose con nosotros por teléfono o por escrito al: (401)822-1360, o 215 Washington Street, West Warwick, RI.

C. Cuando [Mi/Nuestro] uso o divulgación de PHI requiere su autorización previa por escrito. [Yo/nosotros] debemos solicitar su autorización por escrito para cualquier uso o divulgación de PHI no descritos en las secciones III-A o III-B anteriores que no estén específicamente permitidos por la ley aplicable, incluyendo: la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia que están separadas del resto de su expediente clínico; la mayoría de los usos y divulgaciones de PHI con fines de marketing, incluidas las comunicaciones sobre tratamientos subsidiados; y divulgación que constituyen la venta de PHI. Si usted nos autoriza a usar o divulgar su PHI, posteriormente puede retirar la autorización y detener cualquier uso o divulgación futura de su PHI en función de ella. Puede retirar una autorización mediante una solicitud por escrito a: VP of Treatment Programs, 215 Washington Street, West Warwick, RI.

IV. SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI

A. Su derecho a solicitar límites sobre [mi/nuestro] uso y divulgación de su PHI. Puede solicitar que [yo/nosotros] limitemos cómo [yo/nosotros] usamos y divulgamos su PHI para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención

Ciente:

médica. [Yo/nosotros] consideraremos su solicitud, pero generalmente no estamos obligados legalmente a aceptarla. Si [yo/nosotros] aceptamos su solicitud, [yo/nosotros] cumpliremos con sus límites, excepto en situaciones de emergencia.

[Yo/nosotros] estamos obligados a aceptar su solicitud si la solicitud es para restringir la divulgación de su PHI a un plan de salud con el fin de realizar pagos u operaciones de atención médica, y la PHI se refiere a un artículo o servicio de atención médica que usted pagó, por completo de su bolsillo. En ese caso, [yo/nosotros] cumpliremos con su solicitud de restricción.

B. Su derecho a elegir cómo [yo/nosotros] le enviaremos su PHI. Puede solicitar que [yo/nosotros] le enviemos información a una dirección diferente (por ejemplo, a su dirección de trabajo en lugar de a su domicilio) o por diferentes medios (por ejemplo, por correo en lugar de teléfono). [Yo/nosotros] aceptaremos su solicitud razonable, siempre y cuando [yo/nosotros] podamos proporcionar fácilmente la información en la forma que usted la solicite.

[Yo/nosotros] podemos requerir información sobre cómo se maneja el pago o la especificación de una dirección alternativa u otro método de contacto como condición para atender su solicitud. [Yo/nosotros] no le pediremos una explicación de por qué realiza la solicitud.

C. Su derecho a ver y obtener una copia de su PHI. Tiene derecho a ver u obtener una copia de su PHI. Tu solicitud debe ir por escrito. Sin embargo, existen algunas circunstancias en las que [yo/nosotros] podemos rechazar su solicitud. Si [yo/nosotros] rechazamos su solicitud, [yo/nosotros] le informaremos, por escrito, [mis/nuestros] motivos de la denegación y le explicaremos qué derechos de apelación tiene, si corresponde.

Si solicita una copia de su PHI, [yo/nosotros] podemos cobrar una tarifa si así lo permite la ley. En lugar de proporcionar la PHI que usted solicitó, [yo/nosotros] podemos ofrecerle un resumen o una explicación de la PHI, siempre y cuando usted esté de acuerdo con ello y con el costo asociado, por adelantado. Para ver u obtener una copia de su PHI, envíe su solicitud por escrito a: VP of Treatment Programs, 215 Washington Street, West Warwick, RI.

D. Su derecho a una lista de las divulgaciones de su PHI que [yo/nosotros] hemos hecho. Usted tiene derecho a recibir un informe de los casos en los que [yo/nosotros] divulgaremos su PHI a otros. Sin embargo, algunas divulgaciones no se enumeran. Por ejemplo, la lista no incluirá divulgaciones realizadas con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, ni divulgaciones que usted autorizó o que se le hicieron directamente a usted.

Si solicita más de un informe dentro de un período de doce meses, [yo/nosotros] podemos cobrar una tarifa por cada informe proporcionado después del primero. Para obtener una lista de divulgaciones, debe enviar una solicitud a: VP of Treatment Programs, 215 Washington Street, West Warwick, RI.

E. Su derecho a corregir o actualizar su PHI. Si cree que hay un error en su PHI o que falta información importante, puede solicitar una corrección. Su solicitud debe realizarse por escrito e incluir el motivo de la solicitud. Su solicitud debe realizarse a: VP of Treatment Programs, 215 Washington Street, West Warwick, RI.

[Yo/nosotros] podemos rechazar su solicitud por diversos motivos. Si [yo/nosotros] rechazamos su solicitud, [yo/nosotros] le informaremos por escrito los motivos del rechazo y le explicaremos sus derechos con respecto a responder al rechazo.

Si [yo/nosotros] aceptamos su solicitud, [yo/nosotros] cambiaremos su PHI, le informaremos sobre el cambio y le

Cliente:

informaremos a otras personas que necesiten saber sobre el cambio en su PHI.

F. Notificación de infracción. Si hay una violación de su PHI no segura, [yo/nosotros] le notificaremos de esta violación según lo exige la ley, incluyendo lo que sucedió y lo que puede hacer para protegerse.

G. Su derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso, incluso si aceptó recibirlo electrónicamente. Puede solicitar una copia impresa en cualquier momento.

V. PERSONA A CONTACTAR PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE ESTE AVISO O PARA PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE [MIS/NUESTRAS] PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, desea ejercer cualquiera de los derechos explicados en él o presentar una queja sobre [mis/nuestras] prácticas de privacidad, cree que [yo/nosotros] podemos haber violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que [yo/nosotros] tomamos sobre su PHI, comuníquese con: VP of Treatment Programs, 215 Washington Street, West Warwick, RI.

También puede enviar una queja por escrito a: Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Edificio Federal J. F. Kennedy, Sala 1875, Boston, MA 02203. [Yo/Nosotros] no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

VI. FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO.

Este aviso entra en vigencia a partir del 20 de septiembre de 2013 y reemplaza todas y cada una de las versiones anteriores de este aviso.