

Aviso de Prácticas de Privacidad

Fecha de Entrada en Vigor: 14 de abril de 2003

Fecha de Revisión: 1 de febrero de 2024

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD DE IDENTIFICACIÓN INDIVIDUAL Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

- 1. Nuestro compromiso con usted:** En la Asociación de Salud Mental del Condado de Nassau, Inc. (MHANC, por sus siglas en inglés) entendemos que la información que recopilamos sobre usted y su salud es personal. Mantener la confidencialidad y seguridad de su información médica es una de nuestras responsabilidades más importantes. Mantenemos un registro de la atención y los servicios que recibe en esta Agencia. Necesitamos este registro para brindarle una atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Estamos comprometidos a proteger su información de salud (PHI) y a cumplir con todas las leyes estatales y federales con respecto a la protección de su información de salud.

Estamos obligados por ley a:

- Asegúrese de que la información de salud que lo identifica se mantenga privada
- Entregarle este Aviso de Prácticas de Privacidad con respecto a su información de salud (siempre se publicará una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad actual en el área de recepción de cada sitio, si corresponde, o en las áreas circundantes en las que sea visible para usted. También puede obtener una copia de este Aviso accediendo a nuestro sitio web en www.mhanc.org o solicitando una copia al personal del programa.
- Siga los términos del Aviso que está actualmente en vigor
- Notificarle después de una violación de su información de salud no segura

- 2. Cómo podemos usar y divulgar su información de salud:** Para algunas actividades, debemos tener su autorización por escrito para usar o divulgar su información de salud, incluidas sus notas de psicoterapia, con fines de marketing o que impliquen la venta de su PHI. Sin embargo, la ley permite que MHANC use o divulgue su información de salud para los siguientes propósitos *sin* su autorización:

- Para el tratamiento y el pago por el tratamiento: Si una persona paga de su bolsillo por un servicio, la persona tiene derecho a solicitar que no se divulgue la información de PHI relacionada con ese servicio, siempre y cuando la ley no lo exija.
- Para operaciones de atención médica
- Para otras agencias gubernamentales que brindan beneficios o servicios
- Cuando lo exija la ley
- En respuesta a demandas y disputas
- Para las fuerzas del orden, los médicos forenses, los médicos forenses y los directores de funerarias
- Donación de órganos
- Por la Seguridad Nacional y Protección del Presidente
- Para las Fuerzas Armadas
- Para actividades de supervisión de la salud
- Si la información se anonimiza total o parcialmente
- Reclusos e instituciones correccionales
- Emergencias

- Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad
- Para riesgos de salud pública
- Divulgación a familiares amigos involucrados en su cuidado siempre y cuando tenga la oportunidad de objetar verbalmente
- Socios de Negocios
- Monitoreo reparación y retiro de productos
- Investigación
- Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia o Servicios de Protección
- Compensación de Trabajadores
- Víctimas de abuso, negligencia, o violencia doméstica
- Si un plan de salud tiene la intención de usar o divulgar PHI para fines de suscripción, una declaración de que la entidad cubierta no puede usar ni divulgar información genética para dichos fines
- Recaudación de fondos: Para respaldar las operaciones comerciales de MHANC, podemos utilizar información demográfica sobre usted, incluida información sobre su edad y sexo, al decidir si nos comunicamos con usted o con su representante personal para recaudar dinero para ayudarnos a operar. También podemos compartir esta información con una fundación benéfica que se pondrá en contacto con usted o con su representante personal para recaudar dinero o en nuestro nombre. Tiene derecho a optar por no recibir dichas comunicaciones.
- La capacidad de un plan de salud grupal, o del emisor de un seguro de salud o HMO con respecto a un plan de salud grupal, de divulgar PHI al patrocinador del plan

3. Entiendo que se pueden grabar fotografías, cintas de video e imágenes digitales o de otro tipo para documentar mi atención, y puedo dar mi consentimiento para esto. Entiendo que MHANC conservará los derechos de propiedad de estas fotografías, cintas de video, digitales o imágenes, pero que se me permitirá el acceso para verlas u obtener copias. Entiendo que estas imágenes se almacenarán de una manera segura que protegerá mi privacidad y que se conservarán durante el período de tiempo requerido por la ley o descrito en la política de MHANC. Las imágenes que me identifiquen serán divulgadas y/o utilizadas fuera de la institución *solo con autorización por escrito* mía o de mi representante legal. *Nota: Este consentimiento no autoriza el uso de las imágenes para otros fines, como la enseñanza o la publicidad.* La HIPAA requiere la autorización del consumidor para la divulgación de PHI, que incluye la fotografía del consumidor, para *fines que van más allá del* tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

4. Sus Derechos sobre la información de Salud: Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud que tenemos sobre usted:

- DERECHO a solicitar una oportunidad para inspeccionar y obtener copias (responderemos a su solicitud de inspección de registros dentro de los 10 días. Por lo general, responderemos a las solicitudes de copias en un plazo de 30 días. Si necesitamos tiempo adicional para responder a una solicitud de copias, se lo notificaremos por escrito en un plazo de 30 días a partir del día en que recibamos la solicitud para explicar el motivo de la demora y cuándo puede esperar recibir una respuesta final a su solicitud, que no será superior a 60 días si la información es fuera del sitio).
- DERECHO a solicitar acceso a su historia clínica electrónica (PREMIOS de Foothold o Foothold Care Management)

- DERECHO a solicitar una oportunidad para enmendar su información de salud
- DERECHO a recibir un Resumen de las Divulgaciones que hemos realizado
- DERECHO a solicitar restricciones en la divulgación de su información de salud (por lo general, no estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción, excepto que debemos estar de acuerdo con su solicitud de restringir la información que proporcionamos a su salud si la divulgación no es requerida por la ley y la información se relaciona con la atención médica pagada en su totalidad por alguien que no sea el plan de salud y, en algunos casos, es posible que no se permita la restricción que solicita conforme a la ley. Si estamos de acuerdo, estaremos obligados por nuestro acuerdo a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia o cumplir con la ley. Una vez que hayamos acordado, tiene derecho a revocar la restricción en cualquier momento. En algunas circunstancias, también tendremos derecho a revocar la restricción siempre que se lo notifiquemos antes de hacerlo; en otros casos, necesitaremos su permiso antes de poder revocar la restricción)
- DERECHO a solicitarle Comunicaciones Confidenciales
- DERECHO a una copia impresa completa y completa de este Aviso

Si desea ejercer uno o más de estos derechos, hable con un miembro del personal del programa en el que está recibiendo servicios, o comuníquese con el Departamento de Cumplimiento/Mejora de la Calidad Departamento al (516) 489-2322, extensión 1234.

Si usted no se opone, y la situación no es una emergencia, y la divulgación no está prohibida por leyes más estrictas, se nos permite divulgar su información de salud bajo las siguientes circunstancias:

- **A las personas involucradas en su atención:** Podemos divulgar su información de salud a un familiar, pariente, amigo u otra persona que usted haya identificado como involucrada en su atención médica o para el pago de su atención médica.
- **A la familia:** Podemos usar su información de salud para notificar a un miembro de la familia, un representante personal o una persona responsable de su cuidado sobre su ubicación, condición general o muerte.
- **A las agencias de socorro en caso de desastre:** Podemos divulgar su información de salud a una agencia autorizada por la ley para ayudar en los esfuerzos de socorro en caso de desastre.

5. Lo que NO está cubierto por este Aviso

- **Información confidencial relacionada con VIH:** Según la ley del estado de Nueva York, la información confidencial relacionada con el VIH (información sobre si se ha hecho o no una prueba relacionada con el VIH o si tiene el VIH infección, enfermedad relacionada con el VIH o SIDA, o que pueda indicar que una persona ha estado potencialmente expuesta al VIH), no se puede divulgar excepto a aquellas personas que usted autorice por escrito a tenerlo.
- **Información sobre el tratamiento por abuso de alcohol o sustancias :** Si ha recibido tratamiento abuso de alcohol o sustancias de un programa de abuso de alcohol /sustancias que recibe fondos del gobierno de los Estados Unidos, las regulaciones federales pueden proteger sus registros de tratamiento de la divulgación sin su autorización por escrito.
- **Información genética:** Si su tratamiento involucra información genética, se le proporcionará un Aviso por separado que explica cómo se protegerá esta información.

- Cualquier uso y divulgación no descritos en este Aviso de Prácticas de Privacidad solo se realizarán con autorización previa.

6. Para obtener más información o para informar de un problema:

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede solicitar información o presentar una queja ante las agencias que se enumeran a continuación. No habrá sanción ni represalias por presentar una queja:

*La Oficina de Derechos Civiles
Departamento de Salud y Servicios Humanos
Edificio Federal Jacob Javits
26 Federal Plaza, Suite 3312
Nueva York, Nueva York 10278
Teléfono: (212) 264-3313 o 1-(800) 368-1019
Fax: (212) 264-3039
TDD: (212) 264-2355*

*Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS)
200 Independent Avenue SW
Washington, D.C. 20201
1-(877) 696-6775*

*Servicios Federales de Retransmisión
1-(800) 877-8339*

Para presentar una queja directamente con nosotros, póngase en contacto con:

*Lisa Weiss, LMSW, CHC, CHPC
Oficial de Cumplimiento /Director de Cumplimiento y Mejora de la
Calidad /Oficial de Privacidad de HIPAA
16 Main Street
Hempstead, NY 11550
(516) 489-2322, extensión 1234*

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha proporcionado una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad y, por lo tanto, se me ha informado sobre cómo la Asociación de Salud Mental del Condado de Nassau, Inc. (MHANC) puede usar y divulgar mi información de salud y cómo puedo obtener acceso y controlar esta información. También reconozco y entiendo que puedo solicitar copias de avisos separados que expliquen las protecciones especiales de privacidad que se aplican a la información relacionada con el VIH, la información sobre el tratamiento del alcohol y el abuso de sustancias, la información de salud mental y la información genética.

Firma del Consumidor o Representante Personal (si corresponde)

Escriba el nombre del consumidor o representante personal (si corresponde)

Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal (si corresponde)

El consumidor se niega a firmar este Aviso de Prácticas de Privacidad (se ha ofrecido una copia al consumidor)

Firma del Personal

Fecha