# Aviso de Prácticas de Privacidad

**VIGENCIA A PARTIR DEL 14 DE ABRIL DE 2003 (Revisado: 26/10/11, 26/8/2013)**

**ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE LA INFORMACIÓN MÉDICA DE LOS CLIENTES DE MHR PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA, Y LOS DERECHOS DE LOS CLIENTES PARA ACCEDER Y CORREGIR SU INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN.**

A fin de proporcionar servicios de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales, MHR recabará información sobre la atención de la salud de un individuo. La legislación exige a Mental Health Resources, Inc. ("MHR") y todos los asociados de todas las ubicaciones, mantener la privacidad de la Información Protegida de Salud (PHI, por sus siglas en inglés) de los pacientes y proporcionar a los individuos el siguiente Aviso de obligaciones y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. Se nos exige atenernos a las condiciones de este Aviso. Nos reservamos el derecho de modificar las condiciones de este Aviso y estas nuevas condiciones afectarán a todas las PHI que mantengamos en ese momento.

**En ciertas circunstancias, podemos utilizar/revelar su PHI sin su consentimiento por escrito:**

A continuación se mencionan los motivos o formas en que la información de cada individuo puede ser revelada. En cada categoría, explicaremos el significado y daremos un ejemplo. No se enumerarán todos los usos o revelaciones de información de cada categoría. Algunas formas en que podremos revelar información son:

**Para tratamiento:** Podemos revelar información individual a cualquier personal de MHR o externo a MHR que sea partícipe de la atención de un individuo. Por ejemplo, el coordinador de su caso puede necesitar compartir información sobre sus medicamentos con el psiquiatra que lo atiende.

**Para pagos:** Podemos usar y revelar información sobre un individuo para que pueda facturarse y cobrarse servicios al individuo, a una compañía de seguros o a un programa gubernamental de salud. También podemos comunicarnos con el plan de salud de un individuo acerca de un servicio que pueda recibir, a fin de obtener la aprobación previa o para determinar si el plan de salud cubrirá el tratamiento.

**Para operaciones de atención de la salud:** Podemos usar información sobre un individuo para el funcionamiento de nuestro programa y para asegurarnos de que recibe servicios de calidad, o para decidir eventuales cambios o modificaciones de nuestros servicios.

**Asociados comerciales:** Podemos usar o revelar su PHI a una compañía externa que nos asista en la operación de nuestro sistema de salud. Ellos llevan a cabo varios servicios para nosotros. Se incluyen, entre otros, auditoría, acreditaciones, servicios legales y de consultoría. Estas compañías externas se denominan "asociados comerciales" y contratan con nosotros para mantener en forma confidencial cualquier PHI recibida de nosotros, del mismo modo en que lo hacemos nosotros. Estas compañías pueden crear o recibir PHI en nuestro nombre.

**Según lo exigido por la legislación:** Revelaremos información sobre un individuo cuando lo exija la legislación federal, estatal o local. Por ejemplo, podemos revelar información sobre un individuo a las autoridades correspondientes para informar sobre presuntos abuso o negligencia.

**Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad:** Podemos usar o revelar información sobre un individuo, cuando sea necesario para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona.

**Militares y veteranos:** Si un individuo es miembro de las fuerzas armadas, podemos dar a conocer información sobre él, según lo exijan las autoridades del mando militar.

**Compensación del seguro obrero:** Podemos dar a conocer información sobre un individuo en relación con la compensación del seguro obrero o programas similares, cuando la legislación lo exija. Por ejemplo, si un individuo es partícipe de un reclamo por los beneficios de compensación del seguro obrero, podemos dar a conocer información solicitada acerca de su salud.

**Actividades de supervisión de la salud**: Podemos revelar su PHI a un organismo de supervisión de la salud en relación con actividades autorizadas por la legislación. Por ejemplo, algunas actividades de supervisión pueden ser auditoría, investigaciones, inspecciones, concesión de licencias o acciones disciplinarias; o acciones o procedimientos civiles, administrativas o penales. Algunos organismos de supervisión que buscan esta información son organismos gubernamentales que supervisan el sistema de atención de la salud, programas gubernamentales de beneficios, otros programas gubernamentales regulatorios y organismos gubernamentales que aseguran el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Acciones judiciales y litigios:** Si un individuo es partícipe de una acción judicial o un litigio, o si existe una acción judicial o un litigio relacionados con los servicios de un individuo o con alguien que le proporcionó servicios, podemos revelar información sobre un individuo en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos revelar información sobre un individuo en respuesta a una citación con apercibimiento, una solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal por parte de alguien más partícipe del litigio, pero solamente si se han hecho esfuerzos para informar al individuo sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información requerida.

**Imposición del cumplimiento de la ley:** En ciertas situaciones, podemos dar a conocer información sobre un individuo a los funcionarios encargados de imponer el cumplimiento de la ley. Por ejemplo, podríamos dar a conocer información sobre un individuo para identificar o localizar a una persona que desapareció; sobre una muerte que podría ser el resultado de una conducta delictiva; o en circunstancias de emergencia para informar sobre un delito, el lugar donde ocurrió o las víctimas, o acerca de la identidad, descripción o ubicación de la persona sospechosa de haberlo cometido.

**Abuso o negligencia**: Podemos revelar su PHI a una autoridad gubernamental autorizada por la legislación para recibir informes de abuso, negligencia o violencia doméstica. Adicionalmente, según lo exija la legislación, si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podemos revelar su información protegida de salud a una entidad gubernamental autorizada para recibir dicha información.

**Investigadores de muertes súbitas, médicos forenses y directores de funerarias:** Podemos dar a conocer información a un investigador de muertes súbitas o a un médico forense para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. Si es necesario, podemos dar a conocer información a directores de funerarias para colaborar con ellos en el cumplimiento de sus funciones.

**Inteligencia y seguridad nacional, servicios de protección al presidente y otros:** Podemos dar a conocer información sobre un individuo a funcionarios nacionales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras de seguridad nacional autorizadas por la legislación.

**Programas correccionales:** Si un individuo está preso o bajo la custodia de un funcionario encargado de imponer el cumplimiento de la ley, podemos dar a conocer información sobre el individuo a la institución correccional o al funcionario mencionado, por ejemplo, para proporcionarle atención médica, proteger su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otros.

**Citas**: Podemos usar y revelar la PHI para estar en comunicación con usted a fin de recordarle su cita y para comunicarle información necesaria sobre su cita.

**Comunicación con usted**: Podemos comunicarnos con usted en relación con alternativas de tratamiento u otros beneficios médicos o servicios que pudieran ser de su interés.

**Exigido o permitido por la legislación:** Podemos utilizar o revelar su PHI cuando lo requiera o lo permita la legislación federal, estatal o local.

**Actividades de salud pública**: Podemos utilizar o revelar su PHI para actividades de salud pública permitidas o exigidas por la legislación. Por ejemplo, podemos revelar su PHI en ciertas circunstancias, para controlar o evitar una enfermedad transmisible, heridas o discapacidad; para informar sobre

nacimientos y defunciones; y para intervenciones o actividades de supervisión de salud pública. Podemos revelar su PHI a la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) para informar sobre efectos adversos o defectos de productos, para hacer el seguimiento de productos, para permitir que se retiren productos del mercado o para llevar a cabo la vigilancia posterior a la comercialización, según lo exigido por la legislación; o a un organismo gubernamental federal o estatal, a efectos de facilitar sus funciones. También podemos revelar información protegida de salud, según indique una autoridad de salud pública, a un organismo gubernamental extranjero que esté colaborando con la autoridad de salud pública.

**Investigación**: MHR puede utilizar y compartir la información sobre su salud para ciertos tipos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede incluir la comparación de la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron una medicación con la de quienes recibieron otra, para la misma dolencia. No obstante, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de aprobación. En algunas instancias, la legislación nos permite llevar a cabo alguna investigación utilizando su PHI sin su aprobación.

**Otros usos y revelaciones de la PHI**

Para la mayor parte de usos y revelaciones de información de notas de psicoterapia, de usos y revelaciones de información de la PHI con fines de marketing, así como de revelaciones de información que constituyan la venta de la PHI, se requiere que usted autorice por escrito.

Otros usos y revelaciones de su PHI no descriptos anteriormente, pueden concretarse con su autorización por escrito. Usted puede proporcionarle a MHR la autorización por escrito para utilizar su PHI o para revelar su PHI a cualquiera con cualquier fin. Si le proporciona una autorización a MHR, usted puede revocarla en cualquier momento. Si revoca su permiso, MHR dejará de utilizar o revelar su PHI conforme a esa autorización, salvo que MHR ya se haya valido de ella. Sin su autorización por escrito, MHR no puede utilizar o revelar su PHI con ningún motivo, excepto los descriptos en este aviso.

**Sus derechos con respecto a su PHI:**

**Derecho a acceder a su propia información de salud:** Usted tiene derecho a revisar y copiar la mayor parte de su información protegida de salud mientras la mantengamos según lo exigido por la legislación. Todas las solicitudes de acceso deben efectuarse por escrito. Podemos cobrarle una tarifa simbólica por cada página copiada y por franqueo, si corresponde. Usted también tiene derecho a pedir un resumen de esta información. Si solicita un resumen, podemos cobrarle una tarifa simbólica. Comuníquese con el Departamento de Registros Médicos de MHR por cualquier pregunta o solicitud.

En circunstancias muy limitadas, podemos denegar la solicitud de un individuo. Un individuo puede solicitar la revisión de la denegación. Otro profesional de atención de salud mental autorizado que elija MHR considerará la solicitud de revisión.

**Derecho a solicitar restricciones**: Usted tiene derecho a solicitar ciertas restricciones a nuestro uso o revelación de su PHI. No se nos exige que aceptemos su solicitud en la mayoría de los casos. Pero si MHR acepta la restricción, nos atendremos a su solicitud, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle a usted un tratamiento de emergencia.

MHR debe aceptar su solicitud de restringir la revelación de la PHI a un plan de salud si (A) la revelación es con el propósito de llevar a cabo operaciones de atención médica o pagos, y la legislación no lo exige; y (B) la PHI se relaciona exclusivamente con un servicio o ítem de atención médica por el que usted, o una persona que no sea el plan de salud en su nombre, han pagado a MHR en su totalidad. Por ejemplo, si un paciente abona un servicio por completo de su bolsillo y le pide a MHR que no lo comunique a la empresa aseguradora del paciente, MHR acatará este pedido. Las solicitudes de restricción deben formularse por escrito. Para solicitar una restricción, es necesario comunicarse con el Departamento de Registros Médicos. Nos reservamos el derecho de dar por finalizadas cualesquiera restricciones previamente aceptadas (que no sean restricciones cuya aceptación nos exige la legislación). Le informaremos a usted acerca de la finalización de una restricción aceptada, y tal finalización sólo tendrá vigencia con respecto a la PHI creada con posterioridad a que le informemos sobre la finalización.

**Derecho a solicitar vías alternativas de comunicación:** Un individuo puede solicitar que nos comuniquemos con él acerca de sus servicios por una determinada vía o que lo hagamos a una determinada ubicación. Por ejemplo, un individuo puede solicitarnos que nos comuniquemos con él solamente al trabajo o únicamente por correo postal. La solicitud debe formularse por escrito, debe indicarnos cómo comunicarnos con el individuo y debe ser enviada al funcionario de privacidad de HIPAA (*HIPAA Privacy Officer*). Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables.

**Derecho a ser notificado en caso de infracción:** Usted tiene derecho a ser notificado en caso de que nosotros (o uno de nuestros asociados comerciales) descubramos una infracción que atente contra la seguridad de la información protegida de salud, que involucre su información médica.

**Derecho a revisar y copiar:** Usualmente, esto incluye registros médicos y de facturación, así como notas del caso, pero excluye notas de psicoterapia. Para revisar y copiar información del registro de un individuo, debe enviarse una solicitud por escrito al funcionario de privacidad de HIPAA. Podemos cobrar una tarifa por los costos de copiado, de envío por correo u otros relacionados con la solicitud.

En circunstancias muy limitadas, podemos denegar la solicitud de un individuo. Un individuo puede solicitar la revisión de la denegación. Otro profesional de atención de salud mental autorizado que elija MHR considerará la solicitud de revisión.

**Derecho a corregir**: Si la información que tenemos acerca de un individuo es incorrecta o incompleta, este puede formular una solicitud por escrito al funcionario de cumplimiento de HIPAA (*HIPAA Compliance Officer*) para corregir la información. Dicha solicitud debe incluir un motivo que fundamente la corrección. Podemos denegar la solicitud de un individuo si no la formuló por escrito o no incluye un motivo que fundamente la corrección. También podemos denegar la solicitud de un individuo si esta es para corregir información que:

- no fue generada por nosotros, a menos que la persona o entidad que generaron la información ya no estén disponibles para efectuar la corrección;
- no es parte de la información guardada en nuestro archivo;
- no es parte de la información respecto de la cual a un individuo se le permitiría revisar y copiar;
- creemos que la información es exacta y completa.

Si un individuo no está de acuerdo con el rechazo, debe enviarse una declaración de desacuerdo. Si un individuo solicita una corrección de su registro, incluiremos tal solicitud en el registro, tanto si se acepta la modificación como si no se acepta.

**Derecho a solicitar una copia electrónica o "registro electrónico de salud":** Usted también tiene derecho a pedir a nuestros asociados comerciales una lista de las revelaciones de información que han realizado. Además, si usted tiene un "registro electrónico de salud" con nosotros, tiene derecho a solicitar una copia electrónica de dicho registro. No toda la información de atención de salud guardada en forma electrónica es considerada un registro electrónico de salud. La expresión "registro electrónico de salud" significa que se trata de un registro electrónico de la información de la salud de un individuo, que es generada, recogida, administrada y consultada por personal y proveedores autorizados.

**Derecho a solicitar una lista de la información revelada:** Si mantenemos su "registro electrónico de salud", usted tiene derecho a solicitar una lista de las revelaciones de información que efectuamos sobre la información de su salud. Usted puede solicitar una lista correspondiente a un período de tres años previos a la fecha en que se solicita la lista.

**Modificaciones de este aviso:** Podemos modificar este aviso en el futuro. Podemos poner en vigencia el aviso revisado o modificado, tanto para información que ya tenemos sobre un individuo como para cualquier información que tengamos en el futuro. Si efectuamos un cambio material en este aviso, pondremos a disponibilidad el aviso revisado en http://www.mhresources.org/

**Reclamos:** Usted puede enviar cualquier reclamo con respecto a violaciones a sus derechos de privacidad, al funcionario de privacidad de MHR o al director ejecutivo. También puede presentar un reclamo ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos si cree que se han violado sus derechos. No habrá represalias por parte de MHR por el hecho de presentar un reclamo.

**HIPAA Privacy Officer or Executive Director**
Mental Health Resources, Inc.
762 Transfer Road, Suite 21
St. Paul, MN 55114

**Office for Civil Rights**
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 515F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201.

**Información de contacto:** A menos que se especifique otra cosa, para ejercer los derechos descriptos en este Aviso, para mayor información o para presentar un reclamo, comuníquese con el funcionario de privacidad de MHR.

**ACEPTACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

He recibido una copia del Aviso de Privacidad de Mental Health Resources, Inc. He tenido oportunidad de examinarlo y de formular preguntas. Comprendo que Mental Health Resources, Inc. puede, en ocasiones, revelar información sobre mí sin mi consentimiento, según lo exija o permita la legislación.

Comprendo que, mediante el envío de una solicitud por escrito, puedo recibir una copia de mi archivo, solicitar una corrección de este, solicitar métodos alternativos de comunicación, solicitar una distribución limitada de la información de mi archivo u obtener una lista de las revelaciones de información.

Al firmar este documento, también presto consentimiento para la utilización y revelación de mi información del servicio para operaciones, facturación y tratamiento de rutina.

Fecha _____

Firma _____