



Aviso de prácticas de privacidad

**Su información.
Sus derechos.
Nuestra responsabilidad.**

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse la información sobre su salud y cómo puede acceder usted a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

Este aviso se aplica a Advocates, Family Continuity y HMEA hasta el 1.º de julio de 2024.

Sus derechos

Usted tiene el derecho a lo siguiente:

- Obtener una copia de su historia clínica en forma impresa o electrónica.
- Corregir su historia clínica impresa o electrónica.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se han infringido sus derechos de privacidad.

► **Consulte las páginas 2 y 3 para obtener más información sobre estos derechos y sobre cómo ejercerlos.**

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones sobre el modo en que usamos y compartimos información cuando:

- Determinemos si podemos hablar con su familia y sus amigos acerca de su afección.
- Proporcionemos socorro en caso de catástrofe.
- Proporcionemos atención de salud mental.
- Promocionemos nuestros servicios y vendamos su información.
- Recaudemos fondos.

► **Consulte la página 4 para obtener más información sobre estas opciones y sobre cómo ponerlas en práctica.**

Cómo usamos y divulgamos su información

Podemos usar y compartir su información relacionada con lo siguiente:

- Su tratamiento y las operaciones de nuestra organización.
- La facturación de sus servicios.
- La ayuda con cuestiones de seguridad y salud pública.
- Los estudios de investigación.
- El cumplimiento de la ley, las demandas judiciales y las acciones legales.
- Las respuestas a solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- La colaboración con médicos forenses o directores de funerarias.
- La atención de las solicitudes de compensación por accidentes de trabajo (*Workers' Compensation*), de fuerzas del orden y de otras autoridades gubernamentales.

► **Consulte la página 5 para obtener más información.**

Sus derechos

Cuando se trata de la información sobre su salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

La palabra “nosotros” en el *Aviso de prácticas de privacidad* se refiere a Advocates y a las siguientes personas:

- Todo profesional de atención de salud autorizado para ingresar información en su historia clínica.
- Todo profesional de atención de salud que sea miembro del personal de Advocates.
- Todos los integrantes de la fuerza laboral de Advocates, incluidos empleados, personal, voluntarios y demás trabajadores del centro de salud.

| | |
|--|--|
| Obtener una copia electrónica o impresa de su historia clínica | <ul style="list-style-type: none">• Puede pedir ver u obtener una copia electrónica o impresa de su historia clínica y demás información de su salud que tengamos. Pregúntenos cómo puede hacer esto.• Le proporcionaremos una copia o un resumen de la información sobre su salud, normalmente dentro de los 30 días de presentarse la solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en el costo. |
| Solicitarnos que corrijamos su historia clínica | <ul style="list-style-type: none">• Puede pedirnos que corrijamos la información sobre su salud que usted considere incorrecta o incompleta. Si desea preguntarnos cómo hacer esto, en la última página encontrará información para comunicarse con nosotros.• Podemos denegar su solicitud, pero le explicaremos por escrito por qué razón dentro de un plazo de 60 días. |
| Solicitar comunicaciones confidenciales | <ul style="list-style-type: none">• Puede pedirnos que nos comuniquemos telefónicamente con usted de una manera específica (por ejemplo, llamando a su teléfono personal o laboral) o que le enviemos la correspondencia a una dirección diferente.• Accederemos a todas las solicitudes razonables. |
| Solicitar que limitemos la información que usemos o compartamos | <ul style="list-style-type: none">• Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información de la salud referida al tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a acceder a su solicitud y podemos negarnos si eso afecta su atención.• Si usted paga por un servicio o artículo de atención médica |

| | |
|--|--|
| | <p>de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información para el propósito de pago o de nuestras operaciones con su compañía de seguros. Accederemos a su solicitud a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.</p> |
| <p>Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido información</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido la información sobre su salud durante los seis años anteriores a la fecha en que la pide, de las personas con quienes la hemos compartido y de los motivos por los que lo hemos hecho. • Incluiremos todas las instancias de divulgación, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de un plazo de 12 meses. |
| <p>Obtener una copia de este aviso de privacidad</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirla por vía electrónica. Le proporcionaremos la copia impresa rápidamente. |
| <p>Elegir a alguien para que actúe en su nombre</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. • Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida. |
| <p>Presentar una queja si considera que se han infringido sus derechos</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Si usted considera que hemos infringido sus derechos, puede presentar una queja dirigida a: <p style="text-align: center;">Advocates Chief Compliance Officer 1881 Worcester Road Framingham, MA 01701</p> <p>Puede presentar una queja ante la Oficina para los Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos por carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, por teléfono al 1-877-696-6775 o en línea en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. |

Sus opciones

En el caso de determinada información de salud, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.
- Compartamos información en caso de catástrofe.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos proceder y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que usted nos autorice por escrito:

- Propósitos de publicidad.
- Venta de su información.
- La mayoría de los intercambios de notas de psicoterapia.

En el caso de la recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos, pero puede decirnos que no volvamos a hacerlo.

Cómo usamos y divulgamos su información

¿Cómo solemos usar o compartir la información sobre su salud?

Normalmente, utilizamos o compartimos la información sobre su salud de las siguientes maneras.

| | | |
|---|---|---|
| Para su tratamiento | Podemos utilizar y compartir la información sobre su salud con otros profesionales que le estén brindando tratamiento. | Ejemplo: Un médico que lo/a está tratando por una lesión consulta a otro médico acerca de su estado general de salud. |
| Para las operaciones de nuestra organización | Podemos utilizar y compartir la información sobre su salud para el ejercicio de nuestras actividades, para mejorar su atención y para comunicarnos con usted cuando sea necesario. | Ejemplo: Utilizamos su información médica para gestionar su tratamiento y sus servicios. |
| Para la facturación de servicios | Podemos utilizar y compartir la información sobre su salud para facturar y obtener pagos de los planes de salud u otras entidades. | Ejemplo: Proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague sus servicios. |
| Para comunicarnos con usted | Podemos usar la información sobre su salud para comunicarnos con usted respecto a información sobre su tratamiento, darle instrucciones de seguimiento médico o indicarle cuáles son los servicios que ofrecemos. | Ejemplo: Podemos comunicarnos con usted con respecto a programación o cancelación de citas; noticias de inscripción o de cobertura médica; cuestiones de facturación o de pago; evaluaciones previas a procedimientos; encuestas de satisfacción, o resultados de pruebas. |

¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir la información sobre su salud?

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, normalmente, en formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y los estudios de investigación. Antes de compartir su información para estos fines, por ley debemos cumplir muchas condiciones. Para obtener más información, visite

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

| | |
|---|--|
| Ayuda con cuestiones de seguridad y salud pública | <p>Podemos compartir información sobre su salud en determinadas situaciones, como, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prevención de enfermedades.• Ayuda con la retirada de productos.• Notificación de reacciones adversas a medicamentos.• Denuncias sobre sospechas de abuso, abandono o violencia doméstica.• Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona. |
| Estudios de investigación | <p>Podemos utilizar o compartir su información para estudios de investigación sobre la salud. En la mayoría de los casos, se elimina su identidad de su información antes de compartirla; si eso no es posible, la información solo se compartirá con su consentimiento informado.</p> |
| Cumplimiento de la ley | <p>Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) si este quiere comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.</p> |
| Respuesta a solicitudes de donación de órganos y tejidos | <p>Podemos compartir información de su salud con organizaciones de obtención de órganos.</p> |
| Colaboración con médicos forenses o directores de funerarias | <p>Podemos compartir información de la salud con un médico forense, un examinador médico o un director de una funeraria cuando fallece una persona.</p> |

Atención de las solicitudes de compensación por accidentes de trabajo, de fuerzas del orden y de otras autoridades gubernamentales

Podemos utilizar o compartir información sobre su salud

- Para reclamaciones de compensación por accidentes de trabajo (*Workers' Compensation*).
- Para el cumplimiento de la ley o con un funcionario del orden público.
- Con los organismos de control de la salud para las actividades autorizadas por la ley.
- Para funciones gubernamentales especiales, como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Respuesta a demandas y acciones legales

Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación (a menos que se apliquen normas estatales más estrictas que impidan dicha divulgación).

Por lo general, le pediremos su autorización escrita o una orden judicial antes de compartir determinada información confidencial sobre usted, como, por ejemplo:

- Expedientes sobre consumo de alcohol y de sustancias. Tenga en cuenta que leyes y reglamentos federales protegen la confidencialidad de los expedientes de pacientes con trastorno por consumo de sustancias. Se incluye un resumen de las leyes y reglamentos federales en la página 10 de este aviso. Le recomendamos que lo revise cuidadosamente.
- Información relacionada con el SIDA, CRS o VIH, que incluye, por ejemplo, el estado serológico o los resultados de pruebas, independientemente de que estos últimos sean positivos o negativos.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Resultados de pruebas genéticas.
- Consentimiento para aborto.
- Asesoramiento psicológico para víctimas de violencia doméstica o ataque sexual.
- Determinada documentación de psicoterapia.
- Comunicaciones con proveedores de atención de salud mental y trabajadores sociales.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida.
- Le comunicaremos rápidamente si se produce una infracción que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia de este.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita aquí, a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos autoriza a hacerlo, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Notifíquenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información consulte

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

¿Por cuánto tiempo conservamos su información?

Registramos la información de salud en forma impresa, electrónica o fotográfica, y la conservamos durante 20 años tras el alta o el último tratamiento. Otros expedientes se mantienen en conformidad con las leyes o reglamentos estatales y federales. Si lo desea, puede solicitar una copia de nuestras pautas de conservación de expedientes médicos.

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Quejas

Si usted piensa que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentarnos una queja a nosotros o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentarnos una queja a nosotros, diríjase a nuestro Oficial de Cumplimiento en 1881 Worcester Road, Framingham, MA 01701 o escríbale a CCO@Advocates.org. Todas las quejas deben presentarse por escrito. Nuestro Oficial de Confidencialidad, con quien puede comunicarse llamando al 877 296-5432, le ayudará a escribir su queja, si usted lo solicita. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Contáctenos

Si tiene preguntas sobre este *Aviso de prácticas de privacidad*, por favor, comuníquese con:

Oficial de Cumplimiento de Advocates

Teléfono: 877-296-5432

Correo electrónico: CCO@Advocates.org

Para solicitar expedientes médicos, comuníquese con:

Records Center

1881 Worcester Road

Framingham, MA 01701

Teléfono: 508-628-6300

Correo electrónico: RecordsCenter@Advocates.org

La fecha de entrada en vigor de este aviso es el 21 de febrero de 2024.

Confidencialidad de expedientes sobre tratamiento por consumo de sustancias

Sus derechos y opciones: La confidencialidad de los expedientes que conservamos de un paciente y su tratamiento por el consumo de sustancias está protegida por las siguientes leyes y reglamentos federales: 42 U.S.C. § 290dd-2, 42 U.S.C. 290ee-3 y 42 C.F.R. Parte 2 (Parte 2). La Parte 2 proporciona protecciones federales más estrictas que otras leyes de privacidad en materia de salud y, con pocas excepciones, exige el consentimiento del paciente para divulgar información de salud protegida, incluso con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención de salud. Cada divulgación de información realizada con su consentimiento por escrito incluirá un aviso al destinatario de que está prohibida cualquier otra divulgación de información a menos que esté expresamente permitida por su consentimiento por escrito o, de otro modo, permitida por la Parte 2. Si desea permitirnos que compartamos su información confidencial con otros proveedores o con entidades externas para una mejor coordinación de la atención, puede firmar un consentimiento donde especifique con quién podemos compartir su información.

Usos y divulgación permitidos: Tenga en cuenta que las leyes federales nos permiten divulgar sus expedientes de tratamiento por consumo de sustancias sin su autorización escrita en las siguientes circunstancias:

- En virtud de un acuerdo con una organización de servicios o una empresa asociada calificada.
- A personal calificado para fines de investigación.
- Con fines de auditoría o evaluación de programas.
- Para denunciar un delito ya sea en las instalaciones de un programa de la Parte 2 de Advocates o en contra de cualquier empleado de Advocates que trabaje para uno de nuestros programas de la Parte 2 de abuso de drogas o alcohol.
- A personal médico en caso de una emergencia médica.
- A autoridades estatales o locales pertinentes para denunciar sospechas de maltrato o abandono infantil.
- Según lo permita una orden judicial.

Cuando se presenta una situación de crisis, puede infringirse la confidencialidad para garantizar su seguridad. En cada instancia, la información solo podrá divulgarse en la medida necesaria.

Es importante que tenga en cuenta que, de vez en cuando, podría ver en público miembros del personal de los programas de consumo de alcohol o drogas de Advocates (personal del programa de la Parte 2). Nuestro personal del programa de la Parte 2 no se dirigirá a usted en lugares públicos. No obstante, si usted ve a un miembro del personal del programa de la Parte 2 en un espacio público y desea hablar con él o ella, puede hacerlo con el riesgo de infringir el anonimato del programa.

Denuncias de incumplimiento: Tenga presente que el incumplimiento de las leyes federales y de los reglamentos de la Parte 2 es un delito y que las sospechas de incumplimiento pueden denunciarse.

Puede denunciar cualquier incumplimiento de la Parte 2 de las siguientes maneras:

- A la línea anónima de Cumplimiento (Compliance) de Advocates al (877) 296-5432
- Al Oficial de Confidencialidad de Advocates: privacyofficer@advocates.org
- A la Fiscalía de Estados Unidos, en el Palacio de Justicia John Joseph Moakley (United States Attorney's Office John Joseph Moakley U.S. Courthouse), One Courthouse Way, Suite 9200, Boston, MA 02210, At.: Asistente legal de turno (Duty Paralegal).
- A la oficina de la Administración de Servicios de Salud Mental y Consumo de Sustancias (SAMHSA) responsable de la supervisión del programa de tratamiento para opioides en atención al Oficial de Cumplimiento del Programa de Tratamiento para Opioides de SAMHSA. Llame al Centro para el Tratamiento para el Consumo de Sustancias de SAMHSA al **866-BUP-CSAT** (866-287-2728) o escriba a infobuprenorphine@samhsa.hhs.gov.

Acuse de recibo de *Aviso de prácticas de privacidad*

Al firmar a continuación, Yo, (*nombre de la persona atendida*) _____, acuso recibo de una copia del *Aviso de las prácticas de privacidad* vigente de (*nombre de la organización*) _____. He leído y entiendo los términos de este Aviso y he tenido oportunidad de hacer preguntas acerca del uso o divulgación de la información sobre mi salud.

Click or tap here to enter text.

Firma de la persona atendida o representante personal (si corresponde)

Click or tap here to enter text.

Fecha

Nombre en letra de imprenta del representante personal

Click or tap here to enter text.

Relación con la persona atendida

EXCLUSIVAMENTE PARA USO OFICIAL

Aviso de prácticas de privacidad entregado a la persona atendida el
(fecha) _____

- En persona
- Por correo postal
- Por correo electrónico
- Otro medio: _____

No se pudo obtener consentimiento ni acuse de recibo por la siguiente razón:

- La persona atendida o el representante legal se negó a firmar.
- Verificación de recibo de correo electrónico.
- Otra: _____

Nombre y cargo del empleado: _____

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

Archivar el documento en el expediente.