

# Wayside Youth & Family Support Network, Inc.

Fecha de efecto: 4/14/03 (enmendada el 6/15/2012)

## NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER ÚTILIZADA Y COMPARTIDA Y TAMBIÉN COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTE DOCUMENTO CON CUIDADO.**

Esta Notificación de prácticas de privacidad ("Notificación") describe como *Wayside Youth & Family Support Network* ("Wayside" o "nosotros") podremos usar y revelar su información médica privada ("PHI" siglas en inglés) para llevar a cabo su tratamiento, pagos, o manejos de cuidado médico y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. Esta notificación también describe sus derechos en lo que se refiere a su información médica.

### **Nuestras responsabilidades:**

La ley requiere que nosotros protejamos la privacidad de su información médica y que esta no sea usada o revelada sin su permiso, excepto en situaciones definidas en este aviso. Si nosotros cambiamos nuestras prácticas y/o este aviso, los cambios serán anunciados en el sitio web de Wayside en [www.waysideyouth.org](http://www.waysideyouth.org) y una copia escrita estará disponible a su solicitud.

En este aviso usamos las siglas PHI. PHI es información sobre usted que puede identificarle y que relata su historial físico o mental, como también los servicios de salud que haya recibido, esté recibiendo o vaya a recibir.

### **Cómo vamos a usar y revelar su información médica**

Nosotros usaremos y revelaremos su PHI sin autorización como se describe en general en cada categoría enlistada abajo. Las categorías no describen en detalle todas las formas específicas en que su información podría ser usada o revelada.

#### **Uso y revelación que se pueda hacer para tratamiento, pago, y funcionamiento administrativo**

1. **Para tratamiento.** Nosotros podemos revelar su PHI entre el personal clínico y otros empleados que trabajan en *Wayside*, como por ejemplo, en las conferencias sobre casos o en reuniones de empleados. En general, solo la información necesaria para coordinar su tratamiento será compartida con personal de *Wayside*.
2. **Para cobrar por servicios.** Nosotros podremos usar o revelar su PHI para cobrar el tratamiento y servicios que usted recibe, y que los cobros sean pagados por su programa de salud, o terceras entidades, o de otras agencias gubernamentales a cargo de los pagos. Esta información puede incluir obtener información sobre elegibilidad, obtener la aprobación para servicios adicionales o citas, o para cobrar por servicios ofrecidos.
3. **Para el funcionamiento administrativo del cuidado médico.** Nosotros podemos usar y revelar su PHI para nuestro funcionamiento administrativo de cuidado médico. El uso y revelación de información es necesario para poder hacer nuestro trabajo y asegurarnos de que nuestros clientes reciban un cuidado de alta calidad. Estas actividades pueden incluir por ejemplo, evaluación de uso de servicios, actividades administrativas de calidad, para obtener licencias de autorización, reconocimiento profesional, entrenamiento de estudiantes de medicina, y actividades de administración general.
4. **Recordatorio de citas.** Podríamos usar su información para contactarle y recordarle sus citas médicas.
5. **Recaudación de fondos.** Podríamos usar su información para contactarlo con el propósito de recaudar fondos.

#### **Otros usos y revelación que pueda ocurrir sin su autorización**

1. Federal, estatal o ley local, procedimientos administrativos o judiciales o para la ejecución de la ley. Por ejemplo, si usted está implicado en un juicio o un litigio, nosotros podríamos revelar su PHI a petición del tribunal o una ordenanza administrativa. Nosotros podríamos revelar su información médica bajo una petición legal, una exhibición de pruebas, u otros procesos legales de cualquier persona involucrada en el juicio o litigio únicamente si cuando es necesario se ha hecho el esfuerzo de dejarle saber a usted que han pedido su información o al obtener una orden protegiendo la información requerida.
2. A la administración de alimentos y fármacos (FDA siglas en inglés): Nosotros podríamos revelar a la FDA PHI relacionados a eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, o información supervisada de post comercialización de productos para facilitar el retiro del producto del mercado, reparaciones o sustitución.
3. Compensación al trabajador: Nosotros podemos revelar su PHI hasta el punto autorizado y hasta donde sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación al trabajador u otros programas similares establecidos por la ley.
4. Salud pública y actividades de supervisión de la salud: Como lo requiere la ley, nosotros podríamos revelar su PHI a la salud pública o autoridades legales a cargo de la prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades. También podemos revelar información a jueces de instrucción y médicos forenses, directores de funeraria como sea necesario para que estas personas puedan ejercer su trabajo. Nosotros podemos revelar su PHI a una agencia de observación para actividades autorizadas por la ley, incluyendo auditorías e inspecciones, a donde sea necesario para obtener nuestra credenciales y para el monitoreo de programas gubernamentales del sistema de cuidado de la salud y en cumplimiento con las leyes de los derechos civiles.
5. Específicas funciones gubernamentales: Por ejemplo, si usted es miembro de las fuerzas armadas nosotros podríamos revelar su PHI como lo requieren las autoridades de comando militar. Nosotros también podemos revelar su PHI a oficiales federales autorizados para propósitos de seguridad nacional, como para proteger oficiales gubernamentales y realizar servicios de inteligencia o investigaciones.
6. Sociedades comerciales: Hay algunos servicios proporcionados por o a *Wayside* por medio de contratos tales como compañías de cobro. En dichos casos, nosotros podemos revelar su PHI a terceras entidades como nuestro asociado comercial para que puedan cumplir con los

servicios para los que se les contrató. Por medio de la ley federal y por nuestros contratos con dichas compañía requieren que a estas protejan su información apropiadamente.

7. Notificaciones: Nosotros podemos usar o revelar su PHI para notificar o ayudar a notificar a los miembros de la familia, representante personal, o a otra persona responsable de su cuidado, sobre en donde se encuentra y su condición general.
8. Institución correccionales: Si usted es o se convierte en un interno de una institución correccional, nosotros podemos revelar a la institución o sus agentes, su PHI que sea necesario para su salud y la salud y seguridad de otros individuos.
9. Para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad: Nosotros podríamos usar o revelar su PHI cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad del público u otra persona.
10. Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica: Nosotros podemos revelar su PHI a una agencia de servicio social o de protección, si consideramos razonablemente que usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Nosotros únicamente revelaremos este tipo de información hasta donde sea requerido por la ley, si usted está de acuerdo a revelar la información, o si es permitido por la ley y nosotros creemos que es necesario para prevenir daños serios a usted o a otra persona, o si la policía o el oficial público que va a recibir el reporte representa que dicha información es necesaria y que no va a ser usada en su contra.

**Antes de usar o revelar su PHI para cualquier otro propósito, nosotros debemos obtener su autorización por escrito. Usted puede retirar o “revocar” una autorización por escrito en cualquier momento. Después que recibamos su revocación escrita, pararemos el uso o revelación de su PHI, excepto en la medida en que ya se haya usado o revelado la información, basado en la autorización previa.**

### **Sus derechos:**

- A. **Usted tiene derecho a obtener su PHI:** Usted tiene derecho a ver y fotocopiar su PHI que tiene su historial médico y de pagos, siempre y cuando *Wayside* mantenga esta información. Para ver o fotocopiar su PHI, favor de enviar una petición por escrito al *Medical Records Department* (Departamento de Archivos Médicos en español) de su programa, o a la oficina administrativa de *Wayside* (vea dirección abajo). Si usted pide una copia de la información, es posible que le cobremos una tarifa por el costo de fotocopiar, enviar por correo y cualquier otro material que sea necesario para cumplir con su pedido. Nosotros le notificaremos del costo y usted puede retirar o modificar su petición en ese momento. Nosotros podemos negar su petición en circunstancias limitadas. Y si se le niega el derecho a ver o fotocopiar su PHI, usted puede solicitar que la negación sea revisada por un asistente médico profesional autorizado que no haya estado directamente involucrado en la decisión original que le negó el acceso. Cuando la revisión termine, nosotros honraremos la decisión hecha por el médico profesional autorizado.
- B. **Usted tiene derecho a corregir o enmendar el PHI en su archivo:** Si usted piensa que el PHI que nosotros tenemos ésta incompleto o ésta incorrecto, usted puede pedir que la información sea corregida o actualizada (enmendar). Usted puede solicitar una enmienda mientras que nosotros tengamos su PHI. Para pedir una enmienda usted debe enviar una petición por escrito a la *Privacy Officer* (Oficina de Privacidad en español). Además, usted debe incluir las razones por las cuáles ésta pidiendo la corrección o enmienda. En ciertos casos, nosotros podemos negar su petición de enmendar su archivo. Si negamos su petición de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con la decisión y nosotros podemos preparar una respuesta a su declaración, la cual le entregaremos. Usted puede pedirnos que la petición de enmienda y nuestra negación se adjunte a todas las revelaciones futuras de información médica sujeta a su petición. Si nosotros aprobamos la enmienda, le ayudaremos a informarle a otros que necesiten estar informados del cambio/enmienda.
- C. **Usted tiene el derecho de pedir una lista de quienes han obtenido su información:** Usted tiene derecho a recibir una lista de ocasiones en que su PHI ha sido liberado. Usted debe hacer su petición por escrito a nuestro *Medical Records Department* (Departamento de archivos médicos). Usted puede solicitar un reporte de hasta 6 años de la fecha en que lo solicita. A excepción de peticiones electrónicas de revelaciones relacionadas a tratamiento, pago o actividades administrativas. Revelaciones que están limitas a 3 años. El reporte no incluye (i) revelaciones no electrónicas relacionadas con tratamiento, pago o actividades administrativas; (ii) revelaciones en las que usted dio su autorización escrita para compartir la información. (iii) revelaciones compartidas con individuos envueltos en su cuidado. (iv) revelaciones a usted sobre su condición médica. (v) revelaciones dadas por seguridad nacional o con propósitos de servicios de inteligencia o a instituciones correccionales o a oficiales del orden publico que tienen su custodia; o (vi) revelaciones hechas antes del 14 de Abril del 2003. Nosotros responderemos a su petición dentro de los primeros 60 días después que obtenemos dicha petición.
- D. **Usted tiene el derecho a pedir que le comuniquen sobre su información por diferentes medios o ubicaciones.** Por ejemplo, usted puede pedir que le contactemos únicamente por asuntos médicos en escrito a diferente dirección o a una caja de servicio postal. Para pedir información confidencial de su PHI, usted tiene que pedirlo por escrito al *Program Director* (Director del Programa en español). Su petición debe expresar cómo y cuando le gustaría ser contactado. Complaceremos todas las peticiones razonables.

**Para más información o para reportar un problema:** Si usted piensa que hemos violado sus derechos de privacidad, o si está en desacuerdo con una decisión que hemos tomado sobre el acceso a su PHI, Usted puede presentar una denuncia con nuestra HIPAA (siglas en inglés) Oficial de la privacidad a la información mencionada abajo. Nosotros no tomaremos acciones de represalia en contra suya. Usted también puede presentar una denuncia por escrito con la Secretaria del departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos por medio de la siguiente oficina:

Office of Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
Government Center  
J.F. Kennedy Federal Building-Room 1875  
Boston, MA 02203  
Phone: (617) 565-1340

**WAYSIDE'S PRIVACY OFFICER: Elizabeth Reid, LICSW**  
Si tiene cualquier pregunta sobre esta notificación o una denuncia sobre nuestra práctica sobre la privacidad por favor contacte a:  
Privacy Officer  
Wayside Youth & Family Support Network  
1 Frederick Abbott Way  
Framingham, MA 01701  
Ph: (508) 270-1237

## **Reconocimiento de prácticas de privacidad**

### **Firmas:**

He leído y entendido la Notificación de Prácticas de Privacidad. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre como Wayside Youth & Family Support Network pueden usar y revelar mi información médica (PHI) para llevar a cabo tratamiento, pago o el funcionamiento y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También he leído y entendido mis derechos con respecto a mi PHI.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha en que se firma: \_\_\_\_\_

Cuando el cliente es menor de edad, o no es competente para dar su consentimiento, la firma de un padre, guardián legal, agente de cuidado de salud (proxy en inglés) u otro representante es requerida:

Firma del representante legal: \_\_\_\_\_

Fecha en que se firma: \_\_\_\_\_

Relación del representante al cliente: \_\_\_\_\_

**Arranque la hoja de firmas y póngala en el archivo del cliente. Dé la primera hoja (Notificación de prácticas de privacidad) al cliente.**