

Nombre del Cliente,

DCN # Cliente

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD PORTADA DE RECONOCIMIENTO

Por favor haga que el cliente complete esta portada, y luego arrancar esta hoja y archivelarla en el expediente/registro médico del cliente.

Yo, _____ (haga que el cliente escriba su nombre, o si requiera asistencia diga al personal para hacerlo),
NOTA: Si el cliente tiene un tutor legal, por favor escriba el nombre del tutor en el espacio de arriba en vez del nombre del cliente.
presente, delcaro que he recibido este Aviso de Prácticas de Privacidad con una fecha de vigencia de _____, 20_____.

FIRMA DEL CLIENTE O
FIRMA DEL TUTOR LEGAL
O FIRMA DEL PADRE DEL MENOR

FECHA

_____ a las _____ p.m./a.m.
Fecha/Hora enviado al tutor
(si aplica)

Firma del presentador / emisor

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DE MISURI
AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso es explicar las reglas en torno a la privacidad de sus registros médicos / de salud y nuestros deberes legales con respecto a la forma de proteger la privacidad de sus registros médicos / de salud que creamos o recibimos. En general, estamos obligados por la ley para garantizar que la información / de salud médica que lo identifica se mantenga privada. Estamos obligados por ley a cumplir con los términos de la Notificación/Aviso que son los más actuales.

Este Aviso le explicará:

- Cómo podemos utilizar y divulgar su información médica / de salud;
- Nuestras obligaciones relacionadas con el uso y divulgación de su información médica / de salud, y
- Sus derechos relacionados con la información médica / de salud que tenemos sobre usted.

Este Aviso se aplica a los registros / de salud médica que se generan en o por este servicio. Los términos "médico" y "Medicina / Salud" en el presente Aviso: la información acerca de sus condiciones físicas o psíquicas que le hacen elegible para nuestros servicios, o que surgen mientras le estamos sirviendo a usted. Por ejemplo, esto puede incluir pruebas psicológicas, evaluaciones psiquiátricas, o evaluaciones médicas o sociales.

Podemos, pero no estamos obligados a, obtener su consentimiento para el uso o divulgación de su información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Estamos obligados a obtener su autorización para el uso o divulgación de su información para otros propósitos o razones específicas. Hemos enumerado algunos de los tipos de usos y revelaciones posteriores en este aviso. No todos los usos o divulgación están cubiertos, pero todas las formas en que se nos permite usar y divulgar la información caerán en alguna de las categorías.

Si usted tiene alguna pregunta sobre el contenido de este Aviso de Prácticas de Privacidad, o si necesita ponerse en contacto con alguien en la instalación sobre la información contenida en este Aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad de la instalación o la persona designada.

Necesita instalación o información de un Oficial de Privacidad C.O.

Además de los departamentos de la instalación, empleados, funcionarios y demás personal de la institución, las siguientes personas también seguirán las prácticas descritas en este Aviso de Prácticas de Privacidad:

- Cualquier profesional de la salud que está autorizado a ingresar información en su expediente médico / de salud;

- Cualquier miembro de un grupo de voluntarios que permitimos que le ayuden mientras usted está en el centro, y
- Todos los proveedores que el Departamento de Salud Mental con contratos de prestación de servicios directos de tratamiento a nuestros consumidores.

Además, los individuos y los proveedores pueden compartir información médica entre sí acerca de los consumidores de DHL que sirven en común con el propósito de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, ya que esos términos se describen más adelante en este Aviso de Prácticas de Privacidad.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar información médica / de salud. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que queremos decir y dar algunos ejemplos. No todos los usos o revelaciones aparecerán en una categoría. Sin embargo, todas las maneras en que se nos permite usar y divulgar la información caerán dentro de una de las categorías.

Uso y Divulgación de Información Médica

Podemos usar o divulgar / información médica acerca de usted con respecto a su tratamiento, pago de servicios o de operaciones de la instalación, y vamos a hacer un esfuerzo de buena fe para que usted reconozca el recibo de la copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Tratamiento: Podemos usar información médica / de salud (información de salud protegida, o PHI) sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios. Podemos revelar información médica / de salud a profesionales de salud mental calificados, Calificados Profesionales de Discapacidades del Desarrollo (QDDP), a consejeros calificados, a los técnicos, estudiantes de medicina o residentes y demás personal de las instalaciones, voluntarios o pasantes que participan en la prestación de servicios de que en la instalación, o bien a los intérpretes necesarios para hacer su tratamiento accesible para usted . Por ejemplo, los miembros del equipo de tratamiento discutirán su información médica / de salud con el fin de desarrollar y llevar a cabo un plan para sus servicios. Los diferentes departamentos de la institución también pueden compartir información médica / de salud sobre usted a fin de coordinar los diferentes servicios que usted necesita, tales como recetas, exámenes médicos, necesidades dietéticas especiales, cuidados paliativos, asistencia personal, programas de día, etc. También podemos divulgar información médica / de salud a personas fuera de las instalaciones que puedan estar involucrados en su atención médica después de dejar el centro, como salud de la comunidad / salud mental / abuso de los proveedores de la discapacidad / sustancia de desarrollo u otros que usamos para proveer servicios que son parte de su cuidado, pero sólo la cantidad mínima necesaria de la información serán utilizados o revelados a llevar esto a cabo. Tenga en cuenta que la definición de tratamiento sí permite DMH compartir PHI cuando sea necesario para consultar con otros proveedores, o cuando sea necesario que lo remita a otro proveedor, o incluso para el tratamiento de un individuo diferente.

Pago: Podemos usar y revelar información médica / de salud sobre usted para que el tratamiento y los servicios que usted recibe en las instalaciones puedan ser facturados y el pago puede ser pagado por usted, una compañía de seguros o un tercero. Por ejemplo, es posible que tenga que proporcionar información de su plan de seguro sobre el tratamiento psiquiátrico o servicios de habilitación que recibió en las instalaciones para que su plan de seguros o los fondos de Medicaid o Medicare aplicables, nos va a pagar por los servicios.

También podemos informar a su plan de seguro u otro pagador de un servicio que va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si el servicio está cubierto. Además, con el fin de determinar correctamente su capacidad para pagar los servicios, podemos divulgar su información a la Administración del Seguro Social, la División de Seguridad de Empleo, o el Departamento de Servicios Sociales.

Operaciones de Atención Médica: Podemos usar y revelar información médica / de salud acerca de usted para operaciones de la instalación. Estos usos y divulgaciones son necesarios para ejecutar la instalación o el Departamento de Salud Mental y asegúrese de que todos nuestros clientes reciban una atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar información médica / de salud para mejorar la calidad para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted. También podemos combinar información médica de muchos consumidores de instalaciones para decidir qué servicios adicionales que el centro debe ofrecer, qué servicios no son necesarios, y si ciertos tratamientos nuevos son eficaces. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y residentes, y otro personal de las instalaciones que se enumeran más arriba para revisión y aprendizaje. También podemos combinar la información médica / de salud que tenemos con la información médica / de salud de otras facilidades para comparar cómo estamos haciendo y ver donde podemos hacer mejoras en la atención y servicios que ofrecemos. También puede ser necesario para obtener o intercambiar su información con el Departamento de Educación Primaria y Secundaria, el Departamento de Servicios Sociales, Rehabilitación Vocacional, la Oficina del Administrador de los tribunales estatales, u otras agencias del estado de Missouri o iniciativas interinstitucionales, como la Comisión de Gobierno de Información Juvenil, o de la Iniciativa del Sistema de Cuidado. O bien, podemos eliminar la información que lo identifique de este conjunto de información médica para que otros puedan usarla para estudiar la atención médica y la prestación de atención de la salud sin conocer la identidad de los consumidores específicos. Esto puede ser en forma de brindar información a nuestros consejos consultivos regionales o consejos consultivos estatales o consejos de planificación.

Otros Usos y Revelaciones Sobre Información de Salud / Médica Que **No requiere de su Consentimiento o Autorización:**

Podemos usar o revelar información médica acerca de usted sin su consentimiento o autorización cuando: (1) hay una emergencia o cuando sea requerido por la ley para su tratamiento, (2) estamos obligados por ley a usar o divulgar cierta información, o (3) existen barreras de comunicación sustanciales a obtener el consentimiento de usted.

También podemos usar o divulgar información médica acerca de usted sin su consentimiento o autorización para los siguientes fines:

Recordatorios de Citas: Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para tratamiento o servicios en las instalaciones.

Alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud: Podemos usar y divulgar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento o beneficios o servicios que puedan ser de su interés relacionados con la salud.

Personas involucradas en operaciones de socorro: En caso de producirse un desastre, podemos divulgar información médica acerca de usted a cualquier agencia de la asistencia en

caso de desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.

Investigación: Bajo ciertas circunstancias, la información médica puede ser divulgada con fines de investigación, cuando una renuncia de la autorización haya sido aprobada por una Junta de Revisión Institucional o el Comité de Privacidad. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar comparar la salud y recuperación de todos los consumidores que recibieron un medicamento con aquellos que recibieron otro para la misma condición. Todos los proyectos de investigación, sin embargo, están sujetos a un proceso especial de aprobación con arreglo a la ley de Missouri. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de información médica, tratando de equilibrar las necesidades de la investigación con la necesidad de los consumidores por la privacidad de su información médica / de salud. Antes de usar o revelar información médica / de salud para la investigación, el proyecto habrá sido aprobado mediante este proceso de aprobación. Podemos, sin embargo, revelar información médica / de salud acerca de usted a personas que se preparan para llevar a cabo un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarles a buscar a los consumidores con necesidades médicas específicas, siempre y cuando la información médica que revisen no salga de la instalación. También podemos utilizar o divulgar su información médica sin su consentimiento para la publicación de información relativa a un proyecto de investigación cuando una renuncia de autorización ha sido aprobado por el Comité de Examen Profesional o de una Junta de Revisión Institucional de la universidad patrocinada .

Requerido por la Ley: Divulgaremos / información médica acerca de usted cuando sea requerido por la ley federal, estatal o local.

Para evitar una amenaza seria a la salud o a la seguridad: Podemos utilizar y revelar información médica / de salud acerca de usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a la salud y la seguridad de ustedes, el público, o cualquier otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación sería solamente a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

SITUACIONES ESPECIALES

Donación de Órganos y Tejidos: Si usted es un donante de órganos, podemos revelar información médica / de salud a organizaciones que manejan la obtención de órganos, ojos o tejidos a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación de órganos y tejidos y trasplante.

Militares y Veteranos: Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar / información médica sobre usted según lo requieran las autoridades militares. También podemos revelar información médica sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.

Compensación a Trabajadores: Cuando es necesario para cumplir con la divulgación de las leyes o con fines de compensación a trabajadores, podemos revelar información médica / de salud para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos de Salud Pública: Podemos revelar información médica / de salud sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente: para

prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; reportar nacimientos y muertes , para reportar el abuso o descuido de niños, para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; para notificar al personal de retiro de productos que pueden ser utilizados, para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición, para notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un consumidor/cliente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente haremos esta revelación si usted está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley.

Actividades de Supervisión de la Salud: Podemos revelar información médica / de salud a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

Demandas y Disputas: Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos revelar información médica / de salud acerca de usted en respuesta a una orden judicial o administrativa.

Aplicación de la Ley: Podemos revelar información médica / de salud si nos lo pide un oficial de la ley, sin embargo, si el material está protegido por la 42 CFR Part 2 (una ley federal que protege la confidencialidad de los registros de tratamiento de abuso de drogas y alcohol), se requiere orden judicial. También podemos revelar información médica / de salud limitada para hacer cumplir la ley en los siguientes casos: (1) alrededor de un consumidor que puede ser víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento del consumidor, (2) sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal, (3) la conducta criminal en la instalación; (4) alrededor de un consumidor, que un consumidor cometa o amenace con cometer un delito en el recinto o en contra del personal del programa (en cuyo caso podemos dar a conocer el nombre del cliente , dirección y último paradero conocido), (5) en circunstancias de emergencia , para reportar un crimen, el lugar del crimen o de las víctimas, así como la identidad, descripción y / o ubicación de la persona que cometió el delito, y (6) cuando el consumidor es un cliente forense y estamos obligados a compartir con la policía por la ley de Missouri.

Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias: Podemos revelar información médica / de salud a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos revelar información médica / de salud acerca de los consumidores de una instalación a directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

Actividades de Seguridad e Inteligencia Nacionales: Podemos revelar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicios de Protección para el Presidente y Otros: Podemos revelar información médica acerca de usted a oficiales federales autorizados para que puedan conducir investigaciones especiales o para proporcionarle protección al Presidente y otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros.

Presos: Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de

la ley, podemos revelar información médica / de salud sobre usted a la institución correccional o al oficial de la ley si es necesario la liberación, (1) para que la institución le proporcione atención médica, (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás, o (3) para la seguridad y la seguridad de la institución correccional .

Emergencia o Eventos de Desastre

En interés de la seguridad pública y la planificación de necesidades de la comunidad en una situación de emergencia o desastre, podemos divulgar información de carácter general acerca de usted a los administradores de emergencias, bomberos, la policía, las autoridades de salud pública, servicios médicos de emergencia, tales como los distritos de ambulancia, servicios públicos y otras instituciones públicas trabajos oficiales en relación con:

- Los números y las ubicaciones de los clientes del DMH en la comunidad y en las operadas por el estado;
- Las necesidades especiales identificadas en estos entornos con fines de rescate, tales como deficiencias sensoriales, cognitivas y la movilidad;
- Asistencia especial y apoyos necesarios para responder eficazmente a estas necesidades, tales como equipos de comunicación , equipo especializado para la evacuación, etc.;
- La información necesaria para ordenar el tratamiento necesario o suministro de profilaxis y medicamentos en caso de una emergencia de salud pública;
- Los contactos de notificación de emergencia para agilizar el contacto con las familias, tutores o representantes legales u otras personas con respecto a necesidad de atención médica de evacuación o de emergencia;
- Cualquier necesidades especiales que justifican la priorización de la restauración de servicios públicos tales como, pero no limitado a la dependencia del respirador u otro equipo médico, el teléfono de contacto de emergencia, etc. , o
- Cualquier otra información que se considere necesaria para proteger la salud, la seguridad y el bienestar de los consumidores del DMH .

SUS DERECHOS CON RESPECTO A INFORMACIÓN MEDICA / DE SALUD SOBRE USTED.

Usted tiene los siguientes derechos sobre la información médica que mantenemos sobre usted:

Derecho de acceso a su información: Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica / de salud a excepción de notas de psicoterapia e información recopilados en anticipo de litigio. Para inspeccionar y copiar su información médica / de salud, debe presentar su solicitud por escrito a la de este centro médico oficial de privacidad o su designado. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrarle un cargo por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud. Podemos negar su solicitud para inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega acceso a su información médica / de salud debido a una amenaza de daño o problema, usted puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de la salud certificado que elija la institución revisará su solicitud y la negación. La persona que realice la revisión no será la persona que negó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión. Usted podría recibir su información por vía electrónica si la información se almacena electrónicamente. También puede solicitar copias electrónicas se transmitirán a un tercero.

Derecho a Solicitar una Enmienda: Si usted siente que la información médica / de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corriamos. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información sea mantenida por o para la

instalación. Las solicitudes de modificación deberán ser hechas por escrito y enviadas al Oficial de Privacidad o su designado. Usted debe proporcionar una razón que respalde su solicitud de enmienda. Podemos negar su petición si no está por escrito o si no incluye una razón que sustenta el pedido. Además, podemos negar su solicitud si nos pide enmendar información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda;
- No es parte de la información médica mantenida por o para la instalación;
- No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar, o
- Es exacta y completa.

Derecho a una Contabilidad de Revelaciones: Usted tiene el derecho de solicitar un "informe de divulgaciones", una lista de las revelaciones hechas por la facilidad de su información médica / de salud. Para solicitar una contabilidad de revelaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito a este centro oficial de privacidad o su designado. Su solicitud debe indicar un período que no podrá volver atrás más de seis años. Su solicitud deberá indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera lista que usted solicite dentro de un período de doce meses será gratuita. Para listas adicionales en un período de doce meses, podemos cobrarle por el costo de proporcionar la lista. Nosotros le notificaremos lo que el costo será y le dará la oportunidad de retirar o modificar su solicitud antes de que se le acusa. Hay algunas revelaciones que nosotros no tenemos que seguir. Por ejemplo, cuando usted nos da una autorización para revelar alguna información, no tenemos que seguir esa divulgación.

Derecho a solicitar Restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica / de salud que nosotros usamos o revelamos acerca de usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Por ejemplo, usted podría pedir que no usemos ni revelemos información sobre su historia familiar a un proveedor de la comunidad en particular. **No estamos obligados a aceptar su solicitud.** Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información médica / de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, usted debe hacer su solicitud por escrito a la instalación oficial de privacidad o su designado. En su petición, usted debe decirnos (1) qué información desea limitar, (2) si usted quiere limitar nuestro uso, divulgación o ambos, y (3) a quién desea que se apliquen los límites (por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge) .

Usted tiene derecho a solicitar una restricción de las revelaciones de los servicios que usted ha pagado en su totalidad. DMH no es responsable de notificar a todos los profesionales médicos, asociados a su cuidado, de esta restricción.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos con usted en su trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su petición por escrito a la instalación oficial de privacidad o su designado. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Nosotros no le preguntaremos la razón de su solicitud y todas las solicitudes razonables.

Derecho a una Copia Impresa de ste Aviso: Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso, incluso si usted ha aceptado recibir la notificación electrónica. Usted puede

pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento poniéndose en contacto con la instalación oficial de privacidad o su designado. También puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web, www.dmh.mo.gov

Derecho a la Notificación de una Violación de su Información

Si la información es divulgada inadecuadamente por DMH, un socio de negocios de DMH , o un vendedor de un socio, se le notificará por escrito.

Si desea ejercer cualquiera de estos derechos, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad o su designado.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Podemos hacer que el aviso revisado a la información médica / de salud que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Fijaremos una copia del aviso actual en el centro. El aviso contendrá en la primera página, en la esquina superior derecha, la fecha de vigencia. Además, cada vez que se registre o sea admitido o solicitar los servicios de la instalación para tratamiento o servicios, le ofreceremos una copia del aviso actual en vigencia. Si desea solicitar cualquier aviso revisado de las Prácticas de Privacidad, puede acceder a él en nuestro sitio web, www.dmh.mo.gov

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos han sido violados, usted puede:

- Presentar una queja ante la institución en contacto con el Oficial de Privacidad o su designado, [indicar la dirección y número de teléfono:]
- [Necesita una facilidad/institución o información aquí del C. O., del Oficial de Privacidad]
- Presentar una queja ante la VII Región, la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Usted puede llamar al 816-426-7279 escribir en ellos en el 601 East 12th Street, Room 248, Kansas City, Missouri 64106. También puede enviar su queja a la Región VII, Oficina de Derechos Civiles (OCR) llamando al 816-426-3686 o 816-426-7065 TYY.
- Presentar quejas por escrito al Departamento de la Oficina de Salud y Servicios Humanos de los Derechos Civiles (OCR) por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja o tiene alguna pregunta sobre la forma de queja, por favor llame a la OCR número gratuito: 1-800-368-1019

Usted puede presentar su queja en cualquier formato escrito. Se recomienda que utilice el Formulario de Información de Quejas de privacidad Salud OCR que se puede encontrar en el sitio web de la OCR o en una oficina regional de OCR. Si lo prefiere, puede presentar una queja por escrito en su propio formato. Asegúrese de incluir la siguiente información en su queja por *escrito*:

- Si usted está presentando una queja en nombre de otra persona, también el nombre de la persona en cuyo nombre se está presentando.
- Nombre, dirección completa y teléfono de la persona, agencia u organización que usted cree violó su (o de otra persona) la información de la salud o los Derechos de Privacidad o cometió otra violación de la Regla de Privacidad.
- Describa brevemente lo que pasó. ¿Cómo, por qué, y cuando cree usted que (o alguien más) se violaron los derechos a la privacidad de información de salud, o si la Regla de Privacidad se habría violado de otra manera?
- Cualquier otra información pertinente.
- Por favor, escriba su nombre y la fecha en su carta.

La siguiente información es opcional:

- ¿Necesita arreglos especiales para que nos comuniquemos con usted acerca de esta queja?
- Si no podemos comunicarnos con usted directamente, ¿hay alguien más que podamos contactar para ayudarnos a contactarlo?
- ¿Ha presentado su queja en otro lugar?

La Regla de Privacidad, desarrollada bajo la autoridad de la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA), prohíbe el presunto infractor de tomar represalias contra cualquier persona por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles. Usted debe notificar a OCR inmediatamente en caso de cualquier acción de represalia.

Para presentar una queja ante la OCR, utilice uno de los métodos siguientes. Si usted envía por correo o por fax la queja, asegúrese de seguir las instrucciones anteriores para la determinación de la oficina regional correcta.

Abra e imprima el Health Information Privacy Complaint Form <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaintpackage.pdf> formulario en formato PDF (se necesita el software Adobe Reader) y llenarlo. A continuación, puede: (a) imprimir el formulario completo y enviarlo por correo o por fax a la Oficina Regional adecuada de la OCR, o (b) enviar el formulario via correo electrónico para OCR en OCRComplaint@hhs.gov.

Si necesita una respuesta con respecto a la información médica en cuestión general de privacidad, por favor ver Preguntas más frecuentes de la OCR (FAQ). Si aún necesita ayuda, puede llamar al OCR (llamada gratuita) al: 1-866-627-7748. También puede enviar un correo electrónico a OCRPrivacy@hhs.gov con sugerencias sobre las futuras respuestas. Los correos electrónicos no recibirán respuestas individuales.

Sitio web: <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa>

Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. **Usted no será penalizado por presentar una queja.**

OTROS USOS O DIVULGACIÓN MÉDICA / INFORMACIÓN DE SALUD.

Usos o divulgaciones que no están cubiertos en este Aviso de prácticas de privacidad no se harán sin su autorización por escrito. Si usted nos proporciona la autorización por escrito para usar o divulgar la información, usted puede cambiar de opinión y revocar su autorización en cualquier momento, siempre y cuando sea por escrito. Si usted revoca su autorización, ya no podremos usar o divulgar la información. Sin embargo, no podremos retirar ninguna divulgación que hayamos hecho con su autorización previa.

La Autorización de usted es necesaria para la mayoría de la divulgación de notas de psicoterapia.

Fecha de vigencia: _____ de 20_____