Aviso de Prácticas de Privacidad

Su Información. ***Sus Derechos.*** Nuestro Responsabilidad.

Este aviso explica cómo se usa y comparte su información médica, y cómo puede lograr tener acceso a esta información. Por favor revíselo con cuidado. Northern Rivers Family Services es la empresa matriz de Parsons Child & Family Center y Northeast Parent & Child Society. Prácticas de privacidad aplican a Northeast y Parsons como una red de agencias.

Sus Derechos:

Ud. tiene ciertos derechos con respecto a su información de salud. La siguiente sección explica sus derechos y algunos de nuestras responsabilidades de ayudarle.

Recibir una copia electrónica o copia en papel de sus registros médicos:

• Ud. puede pedir una copia electrónica o en papel de sus registros médicos que tenemos de Ud. Pregúntenos como hacerlo.
• Le provenimos una copia o resumen de su información de salud, normalmente dentro de 30 días de la petición. Es posible que se cobre una cuota razonable, basada en costo.

Pedirnos corregir sus registros médicos:

• Ud. puede pedirnos que se corrija su información de salud que crea que es incorrecto o incompleto. Pregúntenos cómo hacerlo.
• Es posible que le neguemos su petición pero le provendríamos una justificación dentro de 60 días.

Pedir Comunicaciones Confidenciales:

• Ud. puede especificar una forma preferida de contacto (por ejemplo, el teléfono de casa, celular u oficina), o que mandemos correo a una dirección diferente.
• Le diremos que "sí" a todas las peticiones razonables.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos:

• Ud. puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud relacionada con su tratamiento, pagos o nuestras operaciones.
• No es un requisito que cumplamos con su petición y es posible que se la negaríamos si influye su salud y seguridad.
• Si Ud. paga en totalidad un servicio u otro programa de salud de su bolsillo, tiene derecho pedirnos que no compartamos el propósito del pago con su aseguradora de salud.
• Cumpliremos con la petición a lo menos de que exista alaguna ley que lo restrinja.

Pedirnos una lista de las entidades con quienes hemos compartido información:

• Ud. puede pedirnos una lista de cada caso en lo cual hemos compartido información de salud desde 6 años antes de la fecha que pida, con quién se lo hemos compartido y el por qué. Incluiremos todos los casos en que hemos compartido información salvo los que se tratan de su tratamiento, sus pagos y sus operaciones de cuidado de salud, y otros tipos de divulgaciones (que Ud. nos indique). Le provendremos una contabilidad por ano gratis pero le cobramos una cuota razonable y basada en costo si nos pida otra dentro de 12 meses.

Pedir una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad:

• Puede pedir una copia en papel de este Aviso en cualquier momento, hasta si ya firmó su acuerdo de recibirlo en forma electrónica. Le provendremos una copia en papel puntualmente.

Elegir alguien que se represente:

• Si Ud. le ha dado a otra persona poder legal para sus asuntos médicos o si alguien es su tutor legal, tal persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. • Aseguraremos que tal persona tenga dicha autoridad y que pueda representarse antes de que tomemos una acción.

Presentar una queja si se siente que sus derechos han sido violados:

• Puede quejarse si se siente que le hubiéramos violado sus derechos. En este caso contáctenos usando la información en la hoja anterior.
• Para presentar una queja formal con U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, mande una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llame 1-877-696-6775 o visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
• No le tomemos represalias por poner una queja.

Sus Preferencias:

Ud. tiene derecho decirnos sus preferencias sobre lo que podemos compartir con respecto a su información de salud. Si tiene una preferencia especifica de cómo compartamos su información en las situaciones enumeradas en la siguiente sección, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y le seguimos las instrucciones.

En estos casos, tiene ambos el derecho y la elección decirnos que:

• Compartir información con su familia, amistades cercanas u otros involucrados en su cuidado.
• Compartir información en una situación de alivio de desastres o emergencias.
• Incluir su información en un directorio de hospital.
• Contactarle para eventos de recaudación de fondos
Si no es capaz de decirnos su preferencia (por ejemplo, en el caso de inconciencia) es posible que compartamos su información si creemos que sea en su mejor interés. También es posible que compartamos su información cuando sea necesario para aplacar una amenaza grave a su salud o seguridad.

En estos casos nunca compartiremos su información a menos que nos dé permiso escrito:

• Fines de marketing
• Venta de su información
• La mayoría de las notas de psicoterapia

Abordar la compensación de trabajadores, cumplimiento de la Ley y otras peticiones gubernamentales:

Es posible que usemos o compartamos su información de salud para:
• Reclamaciones de compensación de trabajador
• Propósitos de cumplimiento de la Ley o con un oficial de la ley
• Actividades autorizadas por ley con agencias supervisoras de salud
• Funciones especiales del gobierno como militar, seguridad nacional y servicios de protección del presidente

Responder litigios y acciones legales:

• Podemos compartir su información de salud como respuesta en el tribunal u orden administrativo, o como respuesta a una citación

Otra información:

• Nunca compartimos notas de psicoterapia ni Información de Salud Protegida.
• Nunca compartimos información relacionada con SIDA, tratamiento de abuso de sustancias, salud mental, salud reproductiva o registros genéticos sin su permiso escrito.

Nuestra Responsabilidad

• Estamos obligados por ley mantener la privacidad y seguridad de su Información de Salud Protegida.
• Le avisamos sin demora si pasa una brecha que comprometa la privacidad o seguridad de su información.
• Estamos obligados seguir los deberes y prácticas de privacidad contados en este Aviso y darle una copia.
• No vamos a usar o compartir su información además de lo que esta escrita aquí a menos que Ud. se nos diga en forma escrito. Si Ud. nos avise, se puede cambiar su decisión en cualquier momento. Avísenos en escrito si cambie su decisión.

Modificaciones a los Términos del Aviso

Se pueden cambiar los términos de este Aviso y los cambios se aplicaran a toda la información que tenemos de Ud. El nuevo Aviso será disponible de ser solicitado en nuestra oficina y sitio de web.
Este Aviso de Prácticas de Privacidad aplica a los clientes de Northeast Parent and Child Society y Parsons Child and Family Center, afiliados de Northern Rivers Family Services.

Si tiene alguna pregunta, por favor contacte nuestro Oficial de Privacidad:

Susanne Alterio, Northern Rivers Privacy Officer
Susanne.alterio@northernrivers.org
518-426-2600

Este Aviso toma efecto el 1 de octubre de 2015 y suplanta los avisos de privacidad que se han provenido anteriormente por Northern Rivers Family Services, Inc. Emitido 10/1/15
Para más información navegue a: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.