



# Notificación de las prácticas de privacidad

## Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

---

### Western MA Clinic

Esta notificación describe cómo se puede usar y divulgar la información médica protegida (Protected Health Information, **PHI**) sobre usted y cómo puede tener acceso a esa información. **Revise la notificación con atención.** *Estos derechos de privacidad corresponden si usted tiene 18 años o más o si es un "menor emancipado". Si usted tiene menos de 18 años, esta información se revisará con usted y su(s) padre(s) o tutor legal, quienes tienen derecho a actuar en su nombre en lo que respecta a estos derechos de privacidad.*

### Que es información de salud protegida

Esta información lo identifica a usted. Nosotros creamos un registro u obtenemos información que lo identifique a usted. Nosotros creamos un registro u obtenemos la información de usted u otro proveedor de atención médico, plan de salud, tu empleador o centro de salud que se relaciona con:

- Su condición de salud física o mental de pasado, presente y futuro
- la prestación de atención médica a usted, o
- pago de su atención de salud del pasado, presente y futuro

### Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- obtener una copia de sus registros médicos,
- corregir sus registros médicos,
- solicitar que la comunicación sea confidencial,
- pedirnos que limitemos la cantidad de información confidencial que compartimos,
- obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información,
- obtener una copia de esta notificación sobre la privacidad,
- elegir a alguna persona para que actúe en su nombre,
- presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.
- Recibir aviso de alguna violación o incumplimiento de cualquiera de su información médica sin protección.

### Sus opciones

Usted tiene algunas opciones acerca de la manera en que usamos y compartimos la información cuando:

- respondemos preguntas sobre el tratamiento a sus familiares y amigos,
- proporcionamos ayuda en caso de una catástrofe,
- comercializamos nuestros productos y vendemos su información.
- 

### Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información cuando:

- ayudamos a manejar el tratamiento de atención médica que recibe,
- dirigimos nuestra organización,
- recibimos pagos por sus servicios de salud,
- ayudamos con asuntos relacionados con la salud pública y la seguridad,
- llevamos a cabo investigaciones,

- cumplimos con la ley,
- respondemos a pedidos de donaciones de órganos y de tejidos y trabajamos con un examinador médico o un director de funerales,
- atendemos a solicitudes de compensación a trabajadores, solicitudes policiales y otros pedidos gubernamentales
- respondemos a demandas judiciales y otras acciones legales

## Sus derechos

**En lo que respecta a su información médica, usted tiene ciertos derechos.** En esta sección, se le explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

### Obtener una copia de los registros médicos

- Puede solicitar ver u obtener una copia de su información médica que tenemos sobre usted.
- Si su información protegida de salud se mantiene en el formato electrónico, (know as an electronic health record o EHR - conocido como un registro de salud electronic) usted tiene derecho a solicitar que un registro electrónico sea transmitido a usted o transmitido a otra persona o entidad. Si su registro no es fácilmente producible en la forma o formato, su registro se le proporcionará en una copia legible. Pregúntanos cómo hacer esta solicitud
- podemos proveer un resumen de su información médica, envés del registro completo o le podemos proveer una explicación de la información **de salud protegida**, que ha a sido proporcionada a usted. Mientras usted esté de acuerdo con este formato alternativo.
- Proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos, generalmente dentro de los 30 días de haberlo solicitado. Es posible que cobremos un precio razonable según los costos. Es posible que no cobremos una tarifa, si usted necesita la información para un reclamo de beneficios bajo la ley del Seguro Social o cualquier otro programa de beneficios a base de necesidad de gobierno estatal o federal. Le podemos negar la petición en ciertas circunstancias limitadas. Si le negamos su petición, usted tiene el derecho a que la negación sea revisada por un profesional de la salud autorizada que no haya estado directamente involucrado en la denegación de su solicitud. Nosotros cumpliremos con los resultados de reporte.
- Solo se puede dirigir por escrito para someter una petición para su información protegida de salud de su información médica a una tercera personal o identidad no cubierta en este aviso.

### Pedir que corrijamos sus registros médicos

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros médicos si usted piensa que están incorrectos o están incompletos. Nos puede preguntar cómo hacer esto. Tienes el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una contradicción a su declaración y proveerle una copia de dicha contradicción.
- Pero le explicaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días. Nosotros podemos decir 'no' a su solicitud.

### Solicitar que las comunicaciones sean confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de la oficina) o que le enviemos la correspondencia a una dirección diferente. Su petición debe estar por escrito y debe de especificar sobre cómo nos debemos comunicar con usted
- consideraremos toda la solicitud razonable y debemos decir "sí", si nos dice que estaría en algún peligro si no lo hacemos

### Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- puede pedir que no usemos o compartamos cierta información de su registro de salud médica para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir 'no', si afectaría a cuidado.

### Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede pedirnos una lista (detalle) de las veces que hemos compartido su información médica hasta un período de seis años antes de la fecha en que nos la pide, de con quién la compartimos el motivo.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas relacionadas con el tratamiento, el pago y las actividades de atención médica, y ciertas otras divulgaciones determinadas como cualquiera que usted nos solicite que hagamos. Le Proporcionaremos un detalle por año sin costo, pero cobraremos un precio razonable según los costos si pide otro dentro de los 12 meses.

### **Obtener una copia de esta notificación sobre su privacidad**

Puede pedirnos una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, aun cuando haya acordado recibir la notificación en forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel a la sin demora.

### **Elegir a alguna persona para que actúe por usted**

- Si ha otorgado a alguien un poder de representación medico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y hacer decisiones con respecto a su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de realizar ninguna acción.

### **Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos**

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros por medio de la información que figura en la página 4.
- Puede presentar una queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, por medio de una carta dirigida a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o ingresando en [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## **Sus opciones**

Para cierta información de salud, nos puede indicar sus opciones sobre qué compartir. Si tiene una preferencia clara sobre cómo debemos compartir su información en las situaciones detalladas a continuación, comuníquenoslo.

Infórmenos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones. Todas esas solicitudes deben ser por escrito. En estos casos, usted tiene tanto el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartir información con sus familiares, amigos cercanos o cualquier otra persona que usted identifique.
- Compartir información en una situación de ayuda durante una catástrofe.
- Compartir información relacionada con el pago de su cuidado. Usted puede pedirnos que no divulgar información acerca de los servicios que proveímos que usted pagado en su totalidad, de su bolsillo, y no presento un reclamo con su plan de salud

*Si no está en condiciones de indicarnos sus preferencias, por ejemplo, si está inconsciente, es posible que procedamos y compartamos su información si creemos que es lo mejor para usted. También es posible que compartamos su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.*

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

- Fines comerciales
- Venta de su información
- Actividades de la recaudación de fondos (fundraising Activities)
- Nosotros nunca compartiremos ningún registro de tratamiento de abuso de sustancias, información acerca de sus estatus de HIV/SIDA o las notas de psicoterapia, si es aplicable, sin su permiso escrito

- nosotros nunca revelaremos los resultados de una prueba genética sin obtener primero una autorización por escrito y consentimiento informado por escrito.

## Otros usos y divulgaciones

### ¿Cómo usamos y compartimos generalmente su información médica?

En general, usamos y compartimos su información médica de las siguientes maneras.

#### Ayudar a manejar/o administrar el tratamiento que recibe

Podemos usar su información médica y compartirla con profesionales que lo atienden.

*Ejemplo: Un trabajador social, como miembro de su equipo de tratamiento, nos envía información acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales. Podemos divulgar información a otros miembros del “equipo de tratamiento” que no pertenezcan a Key y que asistan en la coordinación y la dirección de su atención cuidada.*

#### Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No estamos autorizados a utilizar información genética para decidir si le proporcionaremos servicios de tratamiento.
- 

*Ejemplo: Podemos usar su información médica para desarrollar mejores servicios para usted con otros proveedores, agencias estatales y escuelas en reuniones de familias sobre el plan de tratamiento.*

#### Pagar por sus servicios de salud

Podemos usar y divulgar su información médica para el pago de sus servicios de salud.

*Ejemplo: Compartimos información acerca de usted con agencias que tienen contrato con nosotros para recibir el pago de los servicios que le proporcionamos a usted.*

**Socios de negocios** - Es posible que divulguemos su información de salud a nuestros socios que realicen funciones en nuestro nombre o nos proporcionen servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, nosotros podríamos usar otra compañía para realizar las facturaciones de servicios (billing services) en nuestro nombre. Todos nuestros socios están obligados a proteger la privacidad de su información y cumplir con las mismas normas de privacidad HIPAA como está resumido en este aviso.

### ¿De qué otra manera podemos usar y compartir su información médica?

Tenemos permitido y estamos requeridos a compartir información suya de otras maneras o estamos obligados a hacerlo; generalmente, de maneras que contribuyen al bien público, como en casos de salud pública e investigación. Tenemos que cumplir con muchos requisitos legales antes de que podamos compartir información suya para estos fines. Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

#### Ayudar con asuntos relacionados con la salud pública y la seguridad

Podemos compartir información sobre usted en ciertas situaciones como:

- prevenir una enfermedad,
- ayudar en caso de que se retire un producto del mercado, ayudando con productos retirados,
- informar reportar reacciones adversas a medicamentos,

- informar reportar sospechas de abuso, abandono de persona o violencia doméstica, reportar de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica,
- prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad de alguna persona.

### **Llevar a cabo investigaciones**

Podemos usar y compartir su información para investigaciones médicas.

### **Cumplir con la ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluidos los casos en que el Departamento de Salud y Servicios Humanos solicita comprobar si estamos cumpliendo con las leyes de privacidad federales.

### **Responder a pedidos de donaciones de órganos y de tejidos y trabajar con un examinador médico o un director de funerales**

- Si corresponde, podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones dedicadas a la obtención de órganos.
- Si corresponde, podemos compartir información médica con un juez de instrucción, un examinador médico o un director de funerales cuando una persona muere.

### **Atender a solicitudes de compensación a trabajadores, solicitudes policiales y otros pedidos gubernamentales**

Podemos usar o compartir información médica sobre usted:

- para reclamaciones de compensación a trabajadores,
- a los fines del cumplimiento de la ley o con funcionarios policiales,
- con organismos encargados de supervisar la salud para actividades autorizadas por la ley,
- para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional o de protección presidencial.

### **Responder a demandas judiciales y otras acciones legales**

Podemos compartir información médica sobre usted para responder a una orden judicial o administrativa, o para responder a una citación.

Recluso – Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, puede que divulguemos su **información de salud protegida a la institución correccional o al oficial de la ley si** la información es necesaria (1) para que la institución le provea atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la seguridad de los demás o (3) la seguridad y seguridad de la institución correccional.

### **Nuestras responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Si se produce una violación que podría haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información, se lo haremos saber de inmediato.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de ella.
- No usaremos ni compartiremos su información en otro modo que no sea los descritos en este documento a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos indica que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Cambios en los términos de esta notificación**

Podemos cambiar los términos de esta notificación y los cambios aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. La nueva notificación estará disponible a su solicitud y en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo. Publicaremos una copia de una nuestra **Notificación de las prácticas de privacidad** actuales en nuestra clínica, nuestras

oficinas regionales y en el sitio de cada programa en el que le prestamos servicios. También puede solicitar una copia en cualquier momento en el que visite una de nuestras oficinas o lugares del programa.

### **Otra notificación**

- Nunca compartiremos ningún registro por el tratamiento por abuso de sustancias, información sobre el estado de su virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (SIDA) ni notas de psicoterapia, si corresponden, sin su permiso por escrito.
- Nunca divulgaremos los resultados de pruebas genéticas sin primero obtener una autorización por escrito y un “consentimiento informado por escrito”.

---

### **NOTIFICACIÓN IMPORTANTE**

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante Key o ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Para presentar una queja ante nosotros, debe comunicarse en primer lugar con el funcionario de privacidad regional, Michael Goodwin, **Directora de Servicios Clínicos (Directora de Servicios Clínicos)** del Key Programa, Inc., 576 State Street, Springfield, MA 01109. Dirección de correo electrónico [mgoodwin@key.org](mailto:mgoodwin@key.org) y número telefónico (413) 733-3113. Envíe todas las quejas por escrito. Si lo solicita, el funcionario de privacidad regional lo ayudará a redactar su queja. Según cuál sea la naturaleza de su queja relacionada con la privacidad, es posible que el funcionario de privacidad regional revise su queja con el **funcionario de privacidad de la Agencia, Kara Ludy-Speight, Quality Manager. Comuníquese con ella a Key Program, Inc., 670 Old Connecticut Path, Framingham, MA 01701, número telefónico (508) 877-3690 y dirección de correo electrónico kludy@key.org.**

---

*Fecha de entrada en vigencia de esta notificación – 01 de julio del 2021*

*p/users/cmh/HIPPA Forms Review/Western Clinic 07012021*

# Key Program, Inc.

## FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD

Este formulario debe archivarse en el archivo de caso del cliente

**Nombre del cliente:** \_\_\_\_\_

Escriba claramente en letra de imprenta

Nombre

Apellido

**Fecha de ingreso:** \_\_\_\_\_ **Ubicación del programa:** \_\_\_\_\_

Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia de la *Notificación de las prácticas de privacidad* de Key Program, Inc., *actualizada y revisada al e de Julio del 2021*.

Comprendo que Key puede usar o divulgar mi información médica protegida para el tratamiento, el pago y las actividades de atención médica. Key divulgará mi información médica protegida a “otros miembros del equipo de tratamiento que no pertenezcan a Key” y que estén involucrados en la coordinación y la gestión de mi atención. Los miembros de este equipo de tratamiento pueden incluir al trabajador social de mi agencia estatal, el trabajador del caso, las Agencias de la red y su personal, personal judicial, funcionarios a cargo de vigilar a las personas en libertad condicional, personal escolar y proveedores de atención médica, dental y mental.

\_\_\_\_\_  
*Firma del cliente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre o tutor legal (necesaria si el niño tiene menos de 18 años)*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

Fecha de entrada en vigencia: 01 de julio del 2021