



## TAPESTRY FAMILY SERVICES

---

### **Reconocimiento del Recibo Aviso de Prácticas de Privacidad**

#### **¿Quién(es) seguirá(n) este Aviso?**

Este Aviso de Prácticas Privadas describe las prácticas de las dependencias de Tapestry Family Services (TFS) por sus siglas en inglés, nuestras obligaciones legales y nuestros derechos con respecto a la confidencialidad de su historia clínica. Está relacionado con la atención a la salud que usted recibe en los diferentes servicios Tapestry Family Services y será observado por todo el personal del TFS, sus voluntarios e internos, y los asociados o colegas con quienes se comparta la información sobre su salud.

#### **Nuestro compromiso de confidencialidad**

Las dependencias de Tapestry Family Services se han comprometido a la protección de su privacidad y en hacer cumplir sus derechos bajo el reglamento conocido como "Health Insurance Portability and Accountability Act" (HIPAA por sus siglas en inglés). Las leyes federales y estatales requieren que mantengamos la privacidad de la "información confidencial sobre su salud" (PHI por sus siglas en inglés). La PHI contiene información que, o bien, hemos generado o se ha recibido de terceros y que está relacionada con su salud, los servicios recibidos y el pago por esta atención. Cuando usamos o informamos (compartimos) su PHI, estamos obligados a observar los términos de este Aviso. De acuerdo con la ley, tendremos que:

- Mantener la confidencialidad de la información contenida en su expediente médico.
- Darle una copia impresa del Aviso de Prácticas Privadas.
- Seguir los lineamientos del Aviso de Prácticas Privadas que esté vigente en esa fecha.

#### **Los cambios a este Aviso**

Nos reservamos el derecho a cambiar los lineamientos de este Aviso en cualquier momento. Si hacemos cambios, el nuevo Aviso se colocará en todos los lugares del TFS. Las copias de las revisiones hechas a los Avisos estarán disponibles en todas las dependencias de Tapestry Family Services. Además nos reservamos el derecho a realizar estos cambios en toda la información de su PHI que ya tengamos en esos momentos así como en cualquier información médica que recibamos en el futuro. La fecha en que las revisiones a los Avisos entren en vigor se indicará siempre en la primera página, debajo del título del documento.

#### **Cómo podríamos usar y dar a conocer su información médica**

Las dependencias de Tapestry Family Services no usarán ni darán a conocer su PHI si no cuentan con su autorización por escrito, excepto en los casos señalados en este Aviso o cuando lo mande la ley. A continuación hay algunos ejemplos de los casos en que se podría usar o dar a conocer su PHI:

**Con fines de tratamiento:** Nosotros podríamos compartir información acerca de su salud con médicos, enfermeras, consejeros y con otros profesionales de los servicios de salud quienes también le brinden sus servicios, sea dentro del TFS o fuera de nuestras dependencias. Esto se

hace para mejorar la coordinación de los servicios que usted recibe.

**Para el pago de los servicios:** Podríamos usar o compartir información sobre su salud con otros a fin de solicitar el pago del tratamiento que recibió usted de TFS. En este caso se puede incluir a Medicare o Medicaid y a terceros que paguen sus servicios.

**Para fines administrativos y de atención:** Podremos usar o dar información sobre su salud para la administración de nuestros programas y actividades y con el fin de mejorar la calidad de la atención que usted recibe de TFS. Por ejemplo, podríamos usar su PHI para revisar la atención que recibe de nuestro personal, para dar entrenamiento, realizar auditorías sobre el llenado de los expedientes, evaluar la efectividad de los servicios y para funciones administrativas semejantes. Podríamos incluso usar y dar información sobre su salud cuando nos comuniquemos con usted por teléfono, correo o correo electrónico para recordarle de una cita o informarle sobre los resultados de sus exámenes.

**En situaciones especiales:** Hay algunas situaciones especiales en las que podríamos dar información sobre su PHI porque existan requisitos legales o para la protección de otras personas. Ejemplo de estas situaciones son:

**Cuando la ley lo solicite:** Podríamos dar a conocer información sobre su salud en los casos en que nos lo soliciten las autoridades federales, estatales o locales.

**Para evitar un peligro serio a la salud o a la seguridad:** También podríamos dar información sobre su salud a las autoridades en los casos en que se sospeche que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica, o sea una víctima en potencia de algún otro tipo de crimen. Nosotros podríamos dar a conocer información sobre su salud buscando evitar peligros serios a su salud o a su seguridad, o a la salud o seguridad de otras personas.

**Porque represente riesgos para la salud pública:** Podríamos dar información sobre su salud en asuntos relacionados a actividades de salud pública que podrían incluir:

La prevención o el control de enfermedades, lesiones o incapacidad / discapacidades.

El reporte de nacimientos o fallecimientos.

Reportar el maltrato o descuido que sufra un menor.

La notificación a una persona que pudiera haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que podría tener el riesgo de contraer o propagar una enfermedad u otro problema de salud.

El reportar información sobre productos y servicios controlados por el Departamento de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos.

**En casos de procedimientos judiciales o administrativos:** Podríamos dar a conocer información sobre su salud en los casos de que se le siga un procedimiento jurídico o administrativo y se reciba una orden legal, como sería una orden judicial o un citatorio, o en otros procesos legales.

**Por mandato de la ley:** Nosotros le podríamos dar información sobre su salud a los agentes de la policía o a otros funcionarios de la ley en casos necesarios o cuando la ley nos lo autorice.

**Para actividades de vigilancia a la salud:** Podríamos dar información sobre su salud a alguna agencia autorizada por la ley para vigilar las actividades relacionadas con la salud. Estas actividades de vigilancia incluyen las auditorías, investigaciones, inspecciones y autorizaciones para la práctica de una profesión relacionada con la salud. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención a la salud, sus propios programas, cumpla las funciones requeridas para autorizar la práctica de las profesiones relacionadas con la salud, y para que se acaten las leyes sobre los derechos civiles.

□ **Para la investigación:** También podríamos dar información de su salud con el propósito de realizar investigación. Todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial. En este proceso se evalúa el proyecto de investigación propuesto y el uso de la información sobre la salud, buscando establecer balance entre las necesidades de la investigación y la necesidad de privacidad de la información del cliente.

□ **A los parientes, amigos cercanos o a otras personas, que le cuiden:** Con su autorización, nosotros podríamos darle información sobre su salud a un miembro de su familia, amigo o alguna otra persona que esté participando en su atención o que ayude a pagar su atención médica. Si usted desea que esta información esté restringida, por favor siga los pasos que se encuentran bajo el título de "Derecho a la restricción de mi información".

### **Casos en que se necesita su permiso (autorización) por escrito para usar y dar a conocer su información**

Los otros casos en que se pueda usar o dar a conocer información sobre su salud que no estén contemplados en este Aviso serán únicamente cuando lo marque la ley o mediante su permiso (autorización) por escrito. En cualquier momento usted podría revocar (cancelar) su autorización para el uso o para dar a conocer la información sobre su salud que está protegida o es confidencial. Por favor, vea la sección "Derecho a revocar su permiso por escrito" que se encuentra abajo.

### **Sus derechos en relación a la información protegida o confidencial de su salud**

A pesar de que su expediente médico es propiedad física de las dependencias Tapestry Family Services, la información es suya y usted tiene los siguientes derechos en relación a la información sobre su salud:

**Derecho a revocar su permiso (autorización) por escrito:** Usted tiene el derecho de revocar (cancelar) en cualquier momento su autorización para que usemos o demos a conocer su PHI. Esta cancelación tendrá que enviarla por escrito al asesor de HIPAA del TFS. Usted podría obtener una copia de la *Solicitud para revocar el permiso o autorización* del TFS en cualquiera de sus dependencias. Por favor, note que la revocación no afectará el uso o la información que se haya dado antes de que usted presente su solicitud de revocación.

**Derecho a revisar y a copiar la información sobre su salud:** En la mayoría de los casos usted tiene el derecho a revisar y a obtener una copia de cierta información sobre su salud. Esto incluye información médica y sobre cobros, pero no incluye las notas clínicas tomadas en una psicoterapia. Para revisar y obtener copias de información sobre su salud, usted deberá enviar una solicitud por escrito al asesor de HIPAA de los servicios de Tapestry Family Services. Podría obtener, en cualquier dependencia del TFS, una copia para *Solicitar revisar y/o obtener copia de la forma PHI*. Quizás le cobren por el trabajo de copiado, envíos por correo y otros gastos asociados con su solicitud. En algunos casos se le podría negar su solicitud para revisar y copiar su PHI. Si se le niega su solicitud, podría pedirle al asesor de HIPAA del TFS que revise nuestra negativa. La persona que haga la revisión podría no ser la persona que le negó la solicitud. Se le informará por escrito la decisión del oficial que revisó su caso y las dependencias de Tapestry Family Services habrán de cumplir con lo que estipule la revisión.

**Derecho a corregir su información médica:** Si usted siente que la información médica que tenemos no es la correcta o que está incompleta, tiene el derecho a solicitar que sea corregida o que se añada la información faltante. Usted podría obtener una copia de la forma *Solicitud para corregir el PHI* del TFS en cualquiera de sus dependencias. Por favor, tome nota de que su solicitud podría serle negada en el caso de que la corrección que se solicita corresponda a

información que no se originó en el TFS (a menos que la persona o institución donde la información se originó ya no exista y no pueda hacer la corrección), si la información no es parte de la que conserva TFS, no es parte de la información que usted puede revisar y copiar, o en el caso en que nosotros consideramos que su información es completa y exacta como está. Recibirá una notificación por escrito del TFS que le dirá si su solicitud ha sido aceptada o negada. Si se le ha negado, usted tiene el derecho de presentar por escrito su inconformidad, misma que se convertirá en un apéndice de su PHI. Podría inconformarse ante el asesor de HIPAA del TFS enviando una copia de la forma de Inconformidad (*Statement of Disagreement*) que puede obtener en cualquiera de las dependencias del TFS, o por medio de una carta personal.

***Derecho a recibir cuenta de a quién se le dió su información:*** Usted tiene el derecho de solicitar que le digan, mediante lista detallada, a quién le hemos dado nosotros información de su PHI. Su solicitud tendrá que identificar un período de tiempo específico para la información, que necesitará ser menor de seis años y que no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril del 2003. Este derecho es aplicable para informaciones dadas con otros propósitos diferentes al de tratamiento, pago, fines administrativos y de atención, y no incluirá la información proporcionada directamente a usted o a su familia ni la información para la que haya enviado su autorización por escrito. Si solicita esta información más de una vez en un período de doce (12) meses, podremos cobrarle el costo que representa preparar la información. Para solicitar esta lista usted podría obtener una copia de *Cuenta de a quién se le informa* del TFS, en cualquiera de sus dependencias. Su solicitud tendrá que enviarse por escrito al asesor de HIPAA de las dependencias de Tapestry Family Services.

***Derecho a restringir la información:*** Tiene derecho a solicitar que se limite o restrinja el uso o la información de su PHI que nosotros demos a conocer. Puede obtener una copia de la forma llamada *Solicitud para limitar o restringir el uso y la información que se dé del PHI* del TFS, en cualquiera de sus dependencias. Deberá enviar su solicitud por escrito al asesor de HIPAA de las dependencias de Tapestry Family Services, indicando:

- 1) La información que quiere limitar o restringir.
- 2) Ya sea que desee limitar nuestro uso, el que demos información, o ambas situaciones.
- 3) A quien desea que se le pongan límites o restricciones.

No estamos obligados a estar de acuerdo con estas restricciones. Si estuvieramos de acuerdo con su solicitud, haremos lo que nos solicita excepto en casos de emergencia.

## **Preguntas y Quejas**

Si cree que sus derechos a la privacidad han sido violados, usted puede registrar una queja con [Tapestry Family Services Oficial de Cumplimiento, Heather Fine, Executive Director, 290 East Gobbi Street, Ukiah California 95482](#). ***No ejerceremos represalias contra usted ni le penalizaremos por presentar una queja.***