

NOTIFICACION SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Preferred Behavioral Health Group

PO Box 2036, 700 Airport Road, Lakewood, NJ 08701

ESTA NOTIFICACION DESCRIBE CÓMO SU HISTORIAL MEDICO PUEDE SER UTILIZADO Y REVELADO Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

Si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación de Privacidad, por favor contacte a nuestro Oficial de Privacidad al 732-367-4700, extensión 3119 or privacyofficer@preferredbehavioral.org.

I. Introducción

Esta Notificación sobre Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para efectuar tratamientos, pagos o procedimientos de atención médica y para otros propósitos que son permitidos o requeridos por la ley. Esta Notificación también describe sus derechos con respecto a la información médica que guardamos acerca de usted y una breve descripción de cómo usted puede ejercer estos derechos. Esta Notificación establece las obligaciones que tenemos de proteger su información médica. Es nuestro deber mantener la privacidad de su PHI (Proteger la Información Médica), cumplir con los términos de la Prácticas de privacidad vigente actualmente y proporcionar a las personas información sobre sus deberes legales y prácticas de privacidad relacionadas con el PHI.

"Proteger la información médica", significa información de salud (incluyendo información que lo identifique a usted) que hemos recopilado de usted o recibido de sus proveedores de atención de salud, planes de salud, su empleador o un centro de atención de salud. Puede incluir información sobre su salud física o mental en el pasado, presente o futuro, las previsiones de su seguro de salud, y el pago por sus servicios de salud.

II. Cómo usamos y divulgamos su información médica

Utilizamos y divulgamos la información sobre salud como se describe en cada categoría que se indica abajo. Para cada categoría, explicaremos lo que queremos decir en general, pero no describimos todos los usos específicos o divulgaciones de la información de salud.

A. Usos y divulgaciones que se pueden hacer con su consentimiento por escrito

1. **Para tratamiento.** Al firmar nuestro Consentimiento para Usar y Divulgar Información de Salud, usaremos y divulgaremos su información de salud dentro de PCG para proveerle cuidados de salud y cualquier servicio relacionado. Por ejemplo, también podemos utilizar y divulgar su información de salud entre nuestro personal para coordinar los servicios recomendados.
2. **Para el pago.** Podemos usar o divulgar su información médica para que los tratamientos y servicios que reciban sea facturados a, y el pago colectado de, su seguro médico o pagado por un tercero. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica para permitir a su plan de seguro médico tomar ciertas acciones antes de que apruebe o pague por sus servicios. Estas acciones pueden incluir:
 - ◆ efectuar una determinación de elegibilidad o cobertura de seguro de salud;
 - ◆ revisar sus servicios para determinar si eran médicamente necesarios;
 - ◆ revisar sus servicios para determinar si fueron autorizados apropiadamente o certificado antes de efectuarse, o
 - ◆ revisar sus servicios con la finalidad de reevaluar su utilidad, para garantizar la idoneidad de su cuidado, o para justificar los cargos por su cuidado.

3. **Para Procedimientos de Atención Médica.** Podemos utilizar y revelar información sobre su salud para nuestros procedimientos. Estos usos y revelaciones son necesarios para el funcionamiento de nuestra organización y asegurarnos de que nuestros consumidores reciban una atención de calidad. Estas actividades pueden incluir, a modo de ejemplo, evaluación de la calidad y mejoras, evaluaciones del trabajo o las calificaciones de nuestros médicos, entrenamiento de estudiantes en actividades clínicas, licencias, acreditaciones, desarrollo, y actividades administrativas en general. Podemos combinar la información de salud de muchos de nuestros consumidores para decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. También podemos combinar nuestra información médica con información médica de otros proveedores para comparar cómo estamos haciendo nuestro trabajo y determinar dónde podemos hacer mejoras en nuestros servicios. Cuando combinamos nuestra información médica con información de otros proveedores, eliminamos la información que identifica a los pacientes, de manera que otros puedan usarla para estudiar la atención médica o la manera como se provee la atención médica sin identificar a ningún cliente en específico. También podemos utilizar y divulgar su información de salud para contactarlo y recordarle sus citas.
4. **Para la integración de la salud.** Podemos ingresar su nombre en el NJHIN (New Jersey Health Information Network/Red de Información de Salud de Nueva Jersey). Esto alertará a su equipo de tratamiento de cualquier admisión, transferencia, alta o registro de una entidad participante conectada al NJHIE (New Jersey Health Information Exchange/Intercambio de Información de Salud de Nueva Jersey).
5. **Para la prescripción.** Conforme a N.J.S.A. 45: 1-45 et. Seq., podemos usar el NJPMP (New Jersey Prescription Monitoring Program/Programa de Monitoreo de Prescripciones de Nueva Jersey) con el propósito de brindar atención o verificar información. El NJPMP se utiliza la primera vez que a una persona se le prescribe una sustancia peligrosa controlada de la Lista II, la Lista III o la Lista IV. Se puede utilizar en momentos adicionales en el tratamiento si el prescriptor lo considera necesario.

B. Usos y divulgaciones que pueden realizarse sin su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar.

1. **Situaciones de emergencia.** Podemos utilizar y divulgar su información de salud en una situación de emergencia. A modo de ejemplo, podemos proporcionar su información de salud a un paramédico que lo está transportando en una ambulancia.
2. **Barreras de Comunicación.** Podemos usar y divulgar su información médica si uno de nuestros médicos intenta obtener el consentimiento de usted, pero es incapaz de hacerlo debido a sustanciales barreras de comunicación. Sin embargo, sólo usaremos o divulgaremos su información de salud si el médico determina en su juicio profesional que, en ausencia de las barreras de comunicación, es probable que hubiera dado su consentimiento para usar o divulgar información en virtud de las circunstancias.
3. **Por requerimiento de la ley.** Revelaremos información sobre su salud cuando sea requerido por las leyes estatales, federales o locales.
4. **Para Evitar una Amenaza Seria a la Salud o la Seguridad.** Podemos utilizar y revelar la información sobre su salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad o la salud o la seguridad del público u otra persona. En estas circunstancias, sólo revelaremos información de salud a alguien que es capaz de ayudar a prevenir o disminuir la amenaza.
5. **Denuncia de Abuso y Negligencia a las Autoridades.** Denunciamos el abuso o negligencia infantil y el maltrato a personas mayores como es requerido por ley que obliga a reportar este tipo de abuso, negligencia o violencia doméstica.
6. **Acciones de Vigilancia sobre la Salud.** Podemos revelar información médica acerca de usted a una agencia de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley. Las agencias de supervisión incluyen agencias gubernamentales que supervisan el sistema de atención de salud, los programas de beneficios del gobierno como Medicare o Medicaid, otros programas gubernamentales que regulan la asistencia sanitaria, y las leyes de derechos civiles.
7. **Divulgación en Procedimientos Judiciales.** Podemos revelar información médica acerca de usted a un tribunal o agencia administrativa cuando un juez o agencia administrativa nos lo ordene.

8. **Actividades de Agencias Encargadas de la Aplicación de la Ley.** Podemos revelar información de salud a un oficial de la ley con el propósito de hacer cumplir la ley cuando:
 - ◆ denunciamos conductas criminales que ocurren en dentro de las instalaciones de nuestro centro, o
 - ◆ se determina que el propósito de hacer cumplir la ley es para responder a una amenaza de una actividad inminentemente peligrosa de usted en contra de sí mismo o de otra persona, o
 - ◆ la divulgación es exigida por la ley.
9. **Médicos Forenses.** Podemos proporcionar información de salud a un médico forense. Los médicos forenses son designados por la ley para ayudar en la identificación de personas fallecidas y determinar la causa de muerte en ciertas circunstancias.
10. **Reclusos.** Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos revelar información médica acerca de usted a la institución correccional o al oficial de la ley.
11. **Compensación para Trabajadores.** Podemos revelar información sobre su salud para cumplir con la ley estatal de Indemnización para los Trabajadores.

III. Usos y Divulgación de su Información Médica con su Autorización.

Usos y divulgaciones no descritas en la Sección II de esta Notificación sobre Prácticas de Privacidad por lo general sólo se hará con su permiso por escrito, denominado "autorización". Usted tiene el derecho de revocar una autorización en cualquier momento. Si usted revoca su autorización no haremos más usos o divulgaciones de su información de salud bajo dicha autorización, a menos que ya hayamos tomado acción confiando en los usos o divulgaciones que usted había autorizado previamente.

A. **Autorización requerida: comercialización**

Debemos obtener una autorización para cualquier uso o divulgación de su PHI con fines de comercialización para cualquier entidad que no sea parte de nuestros Asociados Comerciales contratados, excepto si la comunicación es en forma de comunicación cara a cara entre usted y un miembro del personal de esta agencia o un regalo promocional de valor nominal.

- Si la comercialización implica una compensación financiera de un tercero, la autorización indicará que dicha compensación está involucrada.

B. **Autorización requerida: venta de información médica protegida**

Debemos obtener una autorización para cualquier divulgación de su PHI que sea una venta de PHI a cualquier entidad fuera de nuestros Asociados Comerciales contratados.

- La autorización indicará claramente que la divulgación dará como resultado una compensación financiera a esta agencia.

IV. Sus derechos sobre su información médica.

A. **Derecho a Inspeccionar y Obtener Copias.**

Usted tiene el derecho a solicitar una oportunidad para inspeccionar o tener una copia de la información de salud usada para tomar decisiones sobre su cuidado – ya sean decisiones sobre su tratamiento o el pago de su cuidado. Usted debe presentar al consejero o médico su solicitud por escrito con una breve explicación del propósito de la misma. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por el costo de las copias, el envío por correo y los suministros relacionados con su solicitud.

Podemos negar su solicitud de inspeccionar o obtener una copia de su información médica en ciertas circunstancias limitadas. En algunos casos, usted tendrá derecho a que la denegación sea revisada por un médico con licencia profesional no directamente implicado en la decisión original de denegar el acceso. Le informaremos por escrito si la denegación de su solicitud puede ser revisada. Una vez que la revisión se efectúa, honraremos la decisión tomada por el profesional de la salud con licencia para realizar la revisión.

B. **Derecho a enmendar.**

Durante el tiempo que mantenemos los registros acerca de usted, usted tiene el derecho de solicitar que enmendemos cualquier información de salud usada para tomar decisiones sobre su cuidado - ya sean decisiones sobre su tratamiento o el pago de su cuidado. Para solicitar una enmienda, debe presentar un documento escrito a nuestro Oficial de Privacidad y decirnos por qué cree que la información es incorrecta o inexacta.

Si rechazamos su solicitud de enmienda, le enviaremos una notificación por escrito de la denegación indicando el motivo de la negación y se le ofrece la oportunidad de presentar una

declaración escrita manifestando su disconformidad con la denegación. Si no desea preparar una declaración escrita de desacuerdo, usted puede pedir que la enmienda solicitada y nuestra negativa se adjunten a todas las futuras divulgaciones de la información de salud que usted ha pedido sea enmendada en su solicitud.

Si decide presentar una declaración escrita de desacuerdo, tenemos el derecho a preparar una refutación escrita a su declaración de desacuerdo. En este caso, adjuntaremos la petición escrita y la refutación (así como la solicitud original y la denegación) a todas las futuras divulgaciones de la información de salud que es el objeto de su solicitud.

C. Derecho a una Lista de las Divulgaciones.

Usted tiene el derecho de solicitar que le proporcionemos una lista de las revelaciones que hemos hecho de su información médica. Pero esta lista no incluirá ciertas divulgaciones de su información de salud, a modo de ejemplo, aquellas que hemos hecho con fines de tratamiento, pago y procedimientos de atención médica. Para solicitar una lista de las divulgaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

D. Derecho a Solicitar Restricciones.

Usted tiene el derecho a solicitar una restricción en la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago o procedimientos de atención médica. También puede pedir que cualquier parte de (o toda) su información de salud no sea revelada a miembros de la familia o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en la Sección II(B)(2) de esta Notificación sobre Prácticas de Privacidad.

Para solicitar una restricción, usted debe o incluirla (con nuestra aprobación) en el Formulario de Consentimiento para el Uso o Divulgación, o solicitar la restricción por escrito dirigida al Oficial de Privacidad.

E. Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.

Puede haber circunstancias que justifican la comunicación con usted, por ejemplo, la reprogramación de una cita o darle un recordatorio de la cita. Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su cuidado de salud sólo en cierto lugar o a través de un método determinado. Por ejemplo, usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted solamente en el trabajo o por teléfono.

Para solicitar una comunicación confidencial, usted debe hacer su petición por escrito a su consejero o al médico que lo atiende. Usted no necesita darnos una razón para la solicitud, pero su pedido debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

F. Derecho a optar por salir

Podemos usar o divulgar su PHI, como su información demográfica, proveedor tratante, información de resultados o estado del seguro médico, según sea necesario, con el fin de contactarlo para actividades de recaudación de fondos respaldadas por nuestra oficina. En la medida en que esta agencia participe en la recaudación de fondos, usted tiene el derecho de optar por no recibir estas comunicaciones.

G. Derecho a una Copia Impresa de esta Notificación.

Usted tiene el derecho a obtener una copia impresa de esta Notificación sobre Prácticas de Privacidad en cualquier momento.

V. Confidencialidad en los Expedientes de Abuso de Sustancias

Para las personas que han recibido tratamiento, diagnóstico o referidos para tratamiento en nuestros programas de abuso de drogas o alcohol, la confidencialidad de los registros de abuso de drogas o alcohol está protegida por las leyes y reglamentos federales. Como norma general, no podemos decirle a una persona fuera de los programas a los cuales asiste que usted participa en los programas, o divulgar cualquier información que lo identifique como una persona que ha abusado de alcohol o drogas, a menos que:

- usted autoriza la divulgación por escrito, o
- la divulgación de la información es permitida por una orden judicial, o
- la divulgación se realiza al personal médico en una emergencia médica o a personal calificado para investigación, auditoría o propósitos de evaluación del programa, o
- usted amenaza con cometer un crimen en el programa de abuso de drogas o alcohol, o contra cualquier persona que trabaja para nuestro programa de abuso de drogas o alcohol.

Una violación nuestra a las leyes y reglamentos federales que rigen el abuso de drogas o alcohol es un delito. Sospechas de violaciones pueden ser reportadas a la Fiscalía Federal de los Estados Unidos en el distrito donde la violación se produce.

Las leyes federales y regulaciones que rigen la confidencialidad del abuso de drogas o el alcohol nos

permiten reportar sospechas de abuso o negligencia infantil bajo la ley estatal a las autoridades estatales o locales adecuadas.

Por favor, consulte 42 USC § 290dd-2 de la ley federal y 42 CFR, Parte 2 de las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de los pacientes de abuso de alcohol y drogas.

VI. Quejas

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nosotros o con la Secretaría de Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU. Para presentar una queja con nosotros, contacte a nuestro Funcionario de Cumplimiento de las Normas. No habrá represalias contra la persona si se formula una denuncia.

VII. Cambios a esta Notificación

Nos reservamos el derecho a modificar los términos de nuestra Notificación sobre Prácticas de Privacidad. También nos reservamos el derecho de hacer una revisión o cambio de la Notificación sobre Prácticas de Privacidad efectiva para toda la información de salud que ya tenemos sobre usted así como cualquier información médica que recibamos en el futuro. Pondremos una copia de la actual Notificación sobre Prácticas de Privacidad en cada sitio donde brindamos atención. También puede obtener una copia de la actual Notificación sobre Prácticas de Privacidad a través de nuestro sitio web en www.preferredbehavioral.org o solicitando una copia en cualquier momento en que se encuentre en nuestras oficinas.

VIII. Quién tiene que cumplir con esta Notificación

Todos los lugares que componen PBHG cumplirán con esta Notificación. Además, estas entidades o lugares pueden compartir información médica entre sí para propósitos de tratamiento, pago o procedimientos de atención médica.