

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 23 DE SEPTIEMBRE DE 2013

ESTE AVISO EXPLICA CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO ATENTAMENTE.

I. PROPÓSITO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este Aviso de prácticas de privacidad (el "Aviso") pretende informarle las maneras en que podemos usar o divulgar su información protegida de salud. Además, describe sus derechos de acceso y control de su información de salud protegida y algunas obligaciones que tenemos respecto al uso y a la divulgación de su información protegida de salud.

Western Connecticut Mental Health Network está obligado por la ley a mantener la privacidad de su información médica y quiere que usted conozca nuestras prácticas para la protección de su información protegida de salud.

Western Connecticut Mental Health Network también está obligado por ley a proporcionarle este Aviso acerca de nuestros deberes legales y nuestras prácticas de privacidad respecto a su información protegida de salud y de nuestra obligación de respetar los términos del Aviso actualmente vigente. La información médica que mantenemos puede provenir de cualquiera de los proveedores de los que usted ha recibido servicios. La información creada y recibida por nosotros acerca de usted, incluida la información demográfica, que puede razonablemente identificarlo y que se relaciona con su salud física o mental o condición o pago de la prestación de la atención médica en pasado, presente o futuro se conoce como información protegida de salud o PHI (por sus siglas en inglés). No utilizaremos ni divulgaremos su información protegida de salud sin su autorización, excepto como se describe en este aviso.

Podemos revisar nuestro Aviso en cualquier momento. El nuevo Aviso revisado se aplicará a toda la información protegida de salud sobre usted que nosotros conservemos. No recibirá automáticamente un Aviso revisado. Si desea recibir una copia de cualquier aviso revisado, debe acceder a nuestro sitio web www.ct.gov/DMHAS, ponerse en contacto con Western Connecticut Mental Health Network o solicitar una copia en su próxima cita.

II. CÓMO PODEMOS USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Western Connecticut Mental Health Network le pedirá que firme un formulario de consentimiento que le permite a Western Connecticut Mental Health Network usar y divulgar su información protegida de salud para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. También se le pedirá que acuse recibo del Aviso.

Las siguientes categorías describen algunas de las distintas formas en las que podremos usar o divulgar su información protegida de salud. Aún si no se menciona específicamente a continuación, Western Connecticut Mental Health Network podrá usar y divulgar su información protegida de salud conforme la ley lo permite o exige, o según usted lo autorice. Haremos todos los esfuerzos razonables para limitar el acceso a su información protegida de salud a aquellas personas o tipos de personas, según

corresponda, en nuestro equipo de trabajo, que necesiten tener acceso a fin de llevar adelante sus obligaciones.

PARA TRATAMIENTO: Podremos usar y divulgar su información protegida de salud para proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados. Por ejemplo, su información protegida de salud podrá ser usada para remitirlo a otros proveedores o para enviar sus expedientes a otro profesional médico tratante.

PARA PAGOS: Podremos usar y divulgar su información protegida de salud a fin de poder facturar y recibir el pago del tratamiento y los servicios relacionados que usted reciba. Por ejemplo, podremos divulgar su información protegida de salud al Departamento de Servicios Administrativos del estado para facturar los servicios de salud.

PARA OPERACIONES DE SALUD: Podremos usar y divulgar su información protegida de salud según sea necesario para las operaciones de Western Connecticut Mental Health Network, tales como actividades de mejora y aseguramiento de la calidad. Por ejemplo, podremos divulgar su información a personal interno para la evaluación de la calidad de los servicios prestados.

SOCIOS COMERCIALES: Podremos divulgar su información protegida de salud a un socio comercial que ofrezca servicios tales como de facturación o jurídicos, a Western Connecticut Mental Health Network. A fin de proteger su información de salud, exigimos que nuestros socios comerciales firmen un contrato que los obligue a salvaguardar debidamente su información.

RECORDATORIOS DE CITAS: Podremos usar y divulgar información protegida de salud para comunicarnos con usted a efectos de recordarle que tiene una cita en Western Connecticut Mental Health Network.

ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA: Podremos revelar su información protegida de salud a una autoridad de salud pública que esté autorizada por la ley para recopilar o recibir tal información, como reportes obligatorios de enfermedades, lesiones o estadísticas vitales.

ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN DE SALUD: Podremos divulgar su información protegida de salud a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones.

PROCESOS JUDICIALES: Si usted está involucrado en una demanda o disputa, podremos divulgar su información protegida de salud en respuesta a una orden judicial, si así lo permite la ley.

APLICACIÓN DE LA LEY: Podremos divulgar su información protegida de salud para determinados fines de aplicación de la ley, si fuese permitido o exigido por la ley.

JUECES DE INSTRUCCIÓN, MÉDICOS FORENSES, DIRECTORES DE FUNERARIAS, ORGANIZACIONES DE OBTENCIÓN DE ÓRGANOS: En caso de su fallecimiento, podremos revelar información limitada a un juez de instrucción, médico forense, director de funeraria o, si fuera usted donante de órganos, a una organización involucrada en la donación de órganos y tejidos.

PARA EVITAR AMENAZAS GRAVES: Podremos usar o revelar su información protegida de salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a la salud o a la seguridad de usted o de otros. Cualquier divulgación se realizará a una persona que pueda ayudar a evitar la amenaza.

ASUNTOS DE SEGURIDAD NACIONAL –Podemos usar o transmitir sin su autorización su información médica a funcionarios federales autorizados, con el fin de realizar actividades de inteligencia y de seguridad nacional. Estas actividades pueden incluir servicios de protección para el Presidente y otras personas.

ACTIVIDADES MILITARES Y DE SEGURIDAD NACIONAL – Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas, podemos usar o transmitir sin su autorización su información médica para realizar las actividades que las autoridades correspondientes del comando militar consideren necesarias, con el fin de garantizar la ejecución apropiada de la misión militar, cuando se cumplan los requerimientos legales aplicables.

INVESTIGACIÓN: Bajo ciertas circunstancias, podremos divulgar información médica protegida para propósitos de investigación.

NORMAS ESPECIALES RESPECTO A REGISTROS DE SALUD MENTAL, INFORMACIÓN DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS E INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH: Para divulgaciones respecto a la información protegida de salud relacionada con la atención de condiciones psiquiátricas, abuso de sustancias o pruebas y tratamientos relacionados con el VIH, en general se aplican restricciones especiales. Por ejemplo, en general no divulgaremos esta información especialmente protegida en respuesta a una citación u orden judicial o a otro proceso legal salvo que usted firme una autorización o, en ciertas circunstancias, que un tribunal ordene la divulgación.

INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL: Cierta información sobre el tratamiento de salud mental puede ser divulgada para fines de pago y tratamiento según lo permita o lo exija la ley. Por lo demás, solo divulgaremos dicha información de conformidad con una autorización, orden judicial o según la ley lo exija de otro modo. Por ejemplo, todas las comunicaciones entre usted y un psicólogo, psiquiatra, trabajador social y ciertos terapeutas y consejeros serán privilegiadas y confidenciales conforme a la ley estatal y federal.

- Para los pacientes ingresados con el estatus legal de 54-56d, se darán a conocer informes escritos como lo exige el Tribunal Superior en cuanto si se es apto para comparecer en juicio. El informe al tribunal incluirá las conclusiones clínicas, los hechos en que se basan las conclusiones y la opinión de si usted ha adquirido competencia y/o progreso hacia la competencia.
- Para los pacientes ingresados con el estatuto legal de 17a-582, se divulgarán informes por escrito a PSRB al menos cada seis meses.

INFORMACIÓN SOBRE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS: Si está recibiendo tratamiento o diagnóstico de abuso de sustancias, la confidencialidad de los registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas está protegida por la ley y los reglamentos federales.

- La participación en el programa para abuso de sustancias requiere que la División de Servicios para la Adicción de Western Connecticut Mental Health Network obtenga su consentimiento por escrito para poder revelar información acerca de usted para el pago. En general, también debe firmar una autorización escrita para que Western Connecticut Mental Health Network pueda compartir información para fines de tratamiento o para operaciones de atención médica.
- Generalmente, la División de Servicios para la Adicción de Western Connecticut Mental Health Network no puede revelar a una persona fuera del programa que usted asiste al programa o que ha recibido algún tipo de servicio del centro, ni revelar información que lo identifique como individuo en tratamiento por abuso de drogas o alcohol a menos que:
Usted dé su consentimiento por escrito; o
 - La divulgación sea permitida por una orden judicial; o
 - La divulgación se realice a personal médico, en una emergencia médica o a personal calificado con fines de investigación, auditoría o evaluación del programa;

- Para reportar un delito cometido por un paciente, ya sea en las instalaciones o en contra de un empleado del centro
Para reportar sospechas de abuso infantil o negligencia como lo exige la ley

INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH: Podremos divulgar información relacionada con el VIH según lo permita o lo exija la ley estatal. Por ejemplo, su información relacionada con el VIH, si la hubiera, podrá ser divulgada sin su autorización a efectos de tratamiento, determinadas actividades de supervisión médica, conforme a una orden judicial o en caso de ciertas exposiciones al VIH por parte del personal de Western Connecticut Mental Health Network, otra persona o una pareja conocida (si se cumplen determinadas condiciones).

III. ¿CUÁLES SON SUS DERECHOS? USTED TIENE DERECHO A:

- Solicitar, por escrito, las restricciones a ciertos usos y accesos a la información protegida de su salud.
- Recibir razonable comunicación confidencial sobre la información protegida de su salud, por ejemplo, contactarlo en un lugar de su elección.
- Inspeccionar y copiar su expediente médico, mediante solicitud escrita, con ciertas excepciones. Usted tiene derecho a obtener una copia electrónica de su información protegida de salud que conservemos en formato electrónico. Tiene derecho a solicitar que Western Connecticut Mental Health Network transmita una copia de su información de salud protegida directamente a otra persona o entidad designada por usted. Western Connecticut Mental Health Network se reserva el derecho a denegar la solicitud, a la que usted puede hacer una apelación.
- Solicitar una modificación a su expediente médico durante el tiempo que la información sea mantenida por o para Western Connecticut Mental Health Network. Western Connecticut Mental Health Network se reserva el derecho a denegar la solicitud, a la que usted puede hacer una apelación.
- Recibir de Western Connecticut Mental Health Network un informe de los accesos a su información protegida de salud durante los seis años anteriores a su solicitud.
- Recibir una copia impresa de este Aviso.
- Solicitar la transmisión de su información protegida de salud en formato electrónico.
- Recibir notificación tras una infracción de su información protegida de salud que no ha sido protegida.
- Restringir la divulgación de su información protegida de salud a los planes de salud para efectos de pago si usted pagó de su bolsillo en su totalidad por los servicios de salud o el artículo al que se refiere la información.
- Presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos.

IV. USOS Y DIVULGACIÓN QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Los siguientes usos y divulgaciones de su información protegida de salud se harán sólo con su autorización escrita:

- Usos y divulgación de notas de psicoterapia
- Usos y divulgación de información protegida de salud a efectos de marketing
- Divulgación que constituye venta de su información protegida de salud
- Usted tiene derecho de optar por no ser contactado ni recibir notificaciones de recaudación de fondos
- Otros usos y divulgación no descritos en el Aviso de prácticas de privacidad

Usted puede revocar una autorización en cualquier momento, excepto en la medida que ya hayamos actuado al respecto.

V. CÓMO PUEDE REPORTAR UN PROBLEMA

Si usted considera que sus derechos han sido infringidos, puede presentar una queja ante el Oficial de Privacidad de Western Connecticut Mental Health Network al (203) 805-6419, el Oficial de Privacidad del Departamento de Servicios para la Salud Mental y la Adicción (DMHAS) del Estado de Connecticut al (860) 418-6901 o la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (DHHS): U. S. DHHS, OCR, J.F. Kennedy Federal Building – Room 1875, Boston, Massachusetts 02203. Teléfono de voz: (617) 565-1340. TDD: (617) 565-1343. FAX: (617) 565-3809.

No habrá represalias por presentar una queja.

¿DESEA MÁS INFORMACIÓN?

Si tiene preguntas y desea más información, puede comunicarse con el Funcionario de Privacidad de Western Connecticut Mental Health Network al (203) 805-6419 o con el Funcionario de Privacidad de DMHAS al (860) 418 a 6901.

Por la presente acuso recibo de la notificación de prácticas de privacidad de WCMHN:

_____	_____
Firma del representante legalmente autorizado o Individual	Date
_____	_____
Name (please print)	Relationship
_____	_____
Individual is unable/unwilling to sign <i>Notice of Privacy Practices</i>	Explanation
_____	_____
Witness' Signature	Date