

Usted tiene derechos

- **Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su información protegida de salud.** Esto significa que usted puede inspeccionar y obtener una copia de su PHI contenida en su expediente designado mientras conservemos su PHI.
- **Usted tiene el derecho de pedimos no revelar partes de su información protegida de salud.** Esto significa que usted puede pedimos no usar o revelar parte de su PHI para tratamiento, pago o propósitos de operaciones de cuidados de la salud. Por favor comente cualquier restricción que quiera solicitar con su profesional de atención médica.
- **Usted tiene el derecho de solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nuestra parte por otros medios o de otra ubicación.**
- **Usted tiene el derecho de recibir información de cualquier revelación que hayamos hecho de su información protegida de salud.** Este derecho no se aplica a revelaciones para tratamiento, pago u operaciones de salud descritas anteriormente. Pregunte a su profesional de la salud o llame a nuestro Funcionario de Privacidad, Briana Fowler al 616-393-5763 si tiene preguntas.
- **Usted tiene el derecho de obtener una copia en papel de esta notificación.**
Usted tiene el derecho de hacer cambios. Si usted condera que la PHI que tenemos de usted es incorrecta, usted puede pedir cambiar la información.



NUESTRO COMPROMISO SOBRE SU INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL

Entendemos que su información y su salud mental son personales. Tenemos el compromiso de proteger su información de salud mental. Creamos un archive, en papel y electrónico, del cuidado y servicios que usted recibe de nosotros. Necesitamos este archive para ofrecerle cuidados de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Esta notificación se aplica a todos los archivos generados de su salud por Community Mental Health of Ottawa County y a otros que les pagamos para atenderle.

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y revelar (dar a otros) su Información Personal de Salud (PHI, por sus siglas en ingles). Podemos usarla para realizar nuestro tratamiento/soporte, pago u operaciones de cuidados de la salud. También podemos usarla para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. Esta notificación también describe sus derechos de ver y controlar su PHI.

Tenemos la obligación de hacer lo que decimos que haremos en esta Notificación de Prácticas de Privacidad. Podemos cambiar nuestra notificación en cualquier momento. La nueva notificación cubrirá toda la PHI que tengamos en el momento de la nueva notificación. Si usted lo pide, le daremos una nueva Notificación de Prácticas de Privacidad. Usted también puede obtener esta información en nuestro sitio web, www.miottawa.org/cmh. También puede llamar a nuestra oficina y pedir una copia por correo, o puede pedir una copia en su próxima cita.



**COMMUNITY
MENTAL HEALTH**
OTTAWA COUNTY

**Su
Información
Protegida
De Salud**



¿Qué es “Información Protegida de Salud”?

“Información Protegida de Salud” o PHI (pos us siglas en ingles) es la información con la cual lo pueden identificar a usted. Información de su pasado, presente o futuro de sus condiciones de salud física o mental, y de sus servicios de atención médica. Ejemplos de PHI incluyen su nombre, dirección, número telefonico, fecha de nacimiento, diagnóstico (la condición por la que usted está recibiendo servicios), sus metas personales y su progreso para lograr esas metas.

Quando usted firma nuestro “Acuerdo de Servicio” para usar y revelar su PHI esto significa:

Para tratamiento: Vamos a usar y revelar su PHI dentro de nuestra Red de Proveedores cuando le prestemos servicios. También vamos a revelar su PHI cuando le ayudemos a obtener otros servicios que necesite dentro de nuestra Red de Proveedores. Esto incluye servicios que pueda recibir de otra agencia o persona que tenga su autorización para usar su PHI. Por ejemplo, vamos a revelar partes de su PHI a una agencia de salud local que le ofrezca atención médica. También podemos revelar su PHI a otro doctor o proveedor de servicios de la salud. Esto puede ser un especialista o laboratorio que nos ayude con su tratamiento.

Para pagos: Usaremos la parte necesaria de su PHI para obtener el pago por sus servicios de atención médica.

Operaciones de cuidados de la salud: Podemos usar o revelar su PHI para respaldar las actividades administrativas de esta agencia. Estas actividades incluyen lo siguiente:

- Asegurar que cumplamos nuestras metas y estándares importantes
- Juzgar qué tan bien hacen su trabajo nuestros empleados
- Entrenar a los trabajadores y voluntarios
- La licencia o acreditación de nuestra agencia
- Realizar otras actividades administrativas

Usted debe darnos un permiso especial firmando un formulario de “Revelación de Información” para usar o revelar su PHI que no esté cubierta en el Acuerdo de Servicio inicial.

- **Usted puede cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento (a menos que nuestra agencia ya haya revelado su PHI en base al permiso que nos dio anteriormente).**

¿Qué PHI se puede compartir CON mi permiso?

Usted tiene el derecho a decir cómo podemos usar o revelar su PHI. Podemos usar y revelar su PHI en el tipo de situaciones descritas a continuación.

Emergencias: Podemos usar o revelar su PHI en una situación de tratamiento de emergencia. Si esto sucede, trataremos de obtener su consentimiento lo más pronto posible después del tratamiento.

Barreras de comunicación: Si usted es un adulto mayor de 18 años de edad y no tiene un guardián, podemos usar y revelar su PHI si alguien de la agencia trata de obtener el consentimiento de usted pero no es posible debido a barreras sustanciales de comunicación.

“Barrera sustancial de comunicación” significa que usted no usa ningún tipo de habla u otro tipo de comunicación incluyendo señales corporales como parpadear los ojos para decir sí o no. Si su médico tratante determina, usando su juicio profesional, que usted trata de dar su consentimiento para usar o revelar su PHI bajo las circunstancias, deben seguirse las pautas a continuación:

- Un testigo no empleado por esta agencia (de preferencia un familiar o acompañante) afirma que usted no puede dar su consentimiento.
- El testigo firma un acuerdo por escrito aceptando que usted no pudo dar ningún tipo de consentimiento e indica la razón por la cual esto es cierto.

¿Cuándo se puede revelar PHI SIN mi consentimiento, autorización o cuándo tengo oportunidad de oponerme?

Podemos usar o revelar su PHI en las siguientes situaciones **requeridas por ley** sin su consentimiento o autorización. **A usted se le notificará de dichos usos o revelaciones.**

Salud Pública: La revelación se hará únicamente para los propósitos de controlar la enfermedad, lesión o incapacidad.

Omisión Médica: A agencias que son responsables de asegurarse que nuestros servicios cumplan los estándares de calidad para actividades como auditorías, investigaciones e inspecciones.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en ingles) Por las siguientes razones:

- Para informar de eventos adversos, defectos de productos, o problemas

- Para ayudar a rastrear los productos

- Para permitir recoger productos

- Para hacer reparaciones o reposiciones

Para permitir el monitoreo de otros tipos de productos

Proceso Legal: Podemos revelar su PHI si un juez ordena específicamente que se revele su PHI.

Aplicación de la Ley: También podemos revelar su PHI para propósitos de aplicación de la ley. Estos pueden incluir:

- Solicitudes de información limitada para identificación y ubicación relacionados con las víctimas de un delito,
- Si hay sospechas de que ha ocurrido una muerte como resultado de un delito,
- En caso de que el delito ocurra en la propiedad de nuestra agencia, Si hay una emergencia médica fuera de la propiedad de la agencia en donde es probable que haya ocurrido un delito.

Médico forense: Para propósitos de identificación, determinar la causa de muerte, o para que el médico forense realice otras funciones.

Actividad Delictiva: Si usted le dice a un profesional de la salud que usted va a dañar a otra persona, podemos revelar su PHI a la policía y a la persona que usted amenaza con lastimar.

Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia: Podemos revelar su información a funcionarios federales autorizados de inteligencia, contrainteligencia, y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Usos Requeridos y Revelaciones: Debemos revelar su PHI al Departamento de Salud y Servicios Humanos para que puedan asegurarse de estar siguiendo la ley (Sección 164.500 et. Seq.).

Abuso o Negligencia: Revelaremos su PHI a la Agencia de Independencia Familiar de Michigan si pensamos que puede haber abuso infantil o negligencia, o abuso vulnerable de adultos o negligencia. Las leyes Federales y Estatales requieren de estos informes. La ley de Michigan no requiere que le notifiquemos a usted al hacer un reporte de abuso o negligencia.

¿Quejas o preguntas?

Usted puede presentar su queja con nosotros directamente o a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si usted considera hemos violado sus derechos de privacidad. Usted puede ponerse en contacto con la Secretaria de Salud y Servicios Humanos en 201 Independence Avenue SW, Washington, DC 20201, o llamando al 202-619-0257 ó 1-877-696-6775. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro Funcionario de Privacidad de su queja. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Usted puede comunicarse con nuestro Funcionario de Privacidad. Briana Fowler para solicitar información sobre el proceso de quejas. Las quejas sobre la agencia deben enviarse por correo a:

Privacy Officer – Briana Fowler

Community Mental Health of Ottawa County

12265 James Street, Holland, MI 49424 Phone: 616-393-5763