



Eating
Recovery
Center



Pathlight.
Mood &
Anxiety
Center

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder a ella. Por favor, revíselo detenidamente.

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de su historia clínica en papel o electrónica
- Corregir su historia clínica en papel o electrónica
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien que actúe por usted
- Presentar una queja si cree que se han vulnerado sus derechos a la privacidad

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información cuando nosotros:

- Informamos a su familia y amigos sobre su enfermedad
- Prestamos ayuda en caso de catástrofe
- Le incluimos en un directorio de hospitales
- Proporcionamos atención de salud mental
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información
- Recaudamos fondos

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Le tratamos
- Dirigimos nuestra organización
- Facturamos sus servicios
- Ayudamos en cuestiones de salud y seguridad públicas
- Investigamos
- Cumplimos la ley
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajamos con un médico forense o un director de funeraria
- Atendemos las solicitudes de indemnización de los trabajadores, de las fuerzas de seguridad y de otras administraciones públicas.
- Respondemos a demandas y acciones legales

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Sus derechos

Cuando se trata de su información sanitaria, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia electrónica o en papel de su historia clínica

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su historia clínica y otra información sanitaria que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información sanitaria, normalmente en los 30 días siguientes a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.

Pedirnos que corrijamos su historia clínica

- Puede pedirnos que corrijamos la información sanitaria sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una forma concreta (por ejemplo, teléfono particular o de la oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente.
- Diremos "sí" a todas las peticiones razonables.

Pedirnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede pedirnos que no utilicemos ni compartamos determinada información sanitaria para tratamientos, pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si puede afectar a su atención.
- Si paga íntegramente de su bolsillo un servicio o artículo sanitario, puede pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora médica a efectos de pago o de nuestras operaciones. Diremos que "sí" a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información sanitaria durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relativas a tratamiento, pago y operaciones de atención sanitaria, y algunas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos un recuento al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable en función de los costos si solicita otro en un plazo de 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le enviaremos una copia en papel lo antes posible.

Elegir a alguien que actúe por usted

- Si ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información sanitaria.



Eating
Recovery
Center



Pathlight.
Mood &
Anxiety
Center

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- Nos aseguraremos de que la persona tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de emprender cualquier acción.

Presentar una queja si considera que se vulneran sus derechos

- Puede presentar una queja si cree que hemos vulnerado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros en Patient.Advocate@ERCPATHLIGHT.COM.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:
 - enviando una carta a
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
 - llamando al 1-877-696-6775, o
 - visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

*En el caso de determinada información sanitaria,
puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos.*

*Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información
en las situaciones descritas a continuación,
díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.*

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos íntimos u otras personas implicadas en su cuidado.
- Compartamos información en caso de catástrofe
- Incluyamos sus datos en el directorio del hospital

Si no puede decirnos lo que prefiere, por ejemplo si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

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

- Fines comerciales
- Venta de su información
- Mayor intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de la recaudación de fondos:

- Podemos ponernos en contacto con usted para recaudar fondos, pero puede decirnos que no volvamos a hacerlo.



Eating
Recovery
Center



Pathlight.
Mood &
Anxiety
Center

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo solemos utilizar o compartir su información sanitaria?

Normalmente utilizamos o compartimos su información sanitaria de las siguientes maneras.

Le tratamos

- Podemos utilizar su información sanitaria y compartirla con otros profesionales que le estén tratando.
 - Ejemplo: Un médico que le trata por una lesión pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Dirigimos nuestra organización

- Podemos utilizar y compartir su información sanitaria para gestionar nuestra consulta, mejorar su atención y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
 - Ejemplo: Utilizamos información sanitaria sobre usted para gestionar su tratamiento y servicios.

Facturamos sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información sanitaria para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades.
 - Ejemplo: facilitamos información sobre usted a su seguro de salud para que pague sus servicios.

¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir sus datos sanitarios?

Se nos permite o exige compartir su información de otras formas, normalmente de formas que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines.

Para más información, véase:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudamos en cuestiones de salud y seguridad públicas

- Podemos compartir información sanitaria sobre usted en determinadas situaciones, por ejemplo:
 - Prevención de enfermedades
 - Ayuda en la retirada de productos
 - Notificación de reacciones adversas a los medicamentos
 - Notificación de sospechas de malos tratos, abandono o violencia doméstica
 - Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Investigamos

- Podemos utilizar o compartir su información para la investigación sanitaria.

Cumplimos la ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere comprobar que cumplimos la ley federal de privacidad.



Eating
Recovery
Center



Pathlight
Mood &
Anxiety
Center

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir información sanitaria sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajamos con un médico forense o un director de funeraria

- Podemos compartir información sanitaria con un forense, médico forense o director de funeraria cuando fallece una persona.

Atendemos las solicitudes de indemnización de los trabajadores, de las fuerzas de seguridad y de otras administraciones públicas.

- Podemos utilizar o compartir información sanitaria sobre usted:
 - Para las reclamaciones de indemnización de los trabajadores
 - Para fines policiales o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
 - Con organismos de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones gubernamentales especiales como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Respondemos a demandas y acciones legales

- Podemos compartir información sanitaria sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de sus datos sanitarios protegidos.
- Le informaremos con prontitud si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la aquí descrita a menos que nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, comuníquenoslo por escrito.

Para más información, véase:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Divulgación adicional

- Su historial médico puede estar sujeto a Revisión Clínica para suprimir elementos que supongan un riesgo de daño físico o una amenaza para la seguridad de su vida física o la de otra persona. La supresión de estos elementos puede hacerse sin su conocimiento.
 - De conformidad con 45 CFR § 171.201 (3), tiene derecho a solicitar una revisión de la determinación individualizada del riesgo de daño.



Eating
Recovery
Center



Pathlight.
Mood &
Anxiety
Center

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Póngase en contacto con nosotros:

Eating Recovery Center
7351 E. Lowry Blvd., Suite 200
Denver CO 80230

Kate Norris Director de Información Sanitaria (Responsable de Privacidad)

Kate.Norris@ERCPathlight.com

720-214-3887

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

ACUSE DE RECIBO

Por la presente reconozco que he recibido una copia de este aviso.

Firma del paciente:

_____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor/representante legal:

_____ Fecha: _____

Firma del personal:

_____ Fecha: _____