Junta de Servicios Comunitarios del Condado de Loudoun
Departamento de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Servicios de Desarrollo

Aviso de Practicas de Privacidad

Su Información
Sus Derechos
Nuestras Responsabilidades

En este aviso se describe la forma en que su información médica puede ser usada y divulgada, y cómo usted puede tener acceso a esta información.

Léalo con atención, por favor.

Sus Derechos

Cuándo de su salud se trata, usted tiene ciertos derechos.
Esta sección le explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia electrónica o en papel de su historial médico	• Usted puede ver y obtener una copia electrónica o impresa de su historial médico y de cualquier otra información que tengamos sobre su salud. Pregúntenos cómo hacerlo. • Le entregaremos una copia o un resumen de su información de salud, normalmente, dentro de los 30 días de su solicitud,. Puede que le cobremos un cargo proporcional a los costos.
Solicitar corrección de su historial médico	• Usted puede solicitar que corrijamos la información sobre su salud, que usted cree que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. • Puede ser que neguemos su solicitud, pero le daremos las razones por escrito, dentro de los 60 días.
Solicitar comunicaciones confidenciales	• Usted puede pedirnos que las comunicaciones con usted se realicen de determinada manera, (por ejemplo, por teléfono de su domicilio o del trabajo), o enviar un correo postal a una dirección diferente. • Satisfaremos todas las solicitudes razonables.

Pedir que limitemos lo que usamos o compartimos.	• Usted puede pedir que **no** usemos ni compartamos información de salud acerca de tratamiento, pago o sobre nuestras operaciones. • No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos negarla, si afecta sus cuidados médicos. • Si usted paga por su cuenta por un servicio o artículo de asistencia médica, puede pedirnos que no compartamos, con su aseguradora médica, la información sobre pago o sobre nuestras operaciones. • Aceptaremos su solicitud, a menos que la ley nos exija compartir tal información.
Obtener una lista de aquellos(as) con los que hemos compartido información	• Usted puede solicitar una lista (explicación) de las veces que hemos compartido su información de salud y con quien, durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. • Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas con tratamiento, pago y operaciones de atención en salud, (así como cualquier otra información que usted nos haya autorizado). Le proveeremos, gratuitamente, la justificación de un año, pero le cobraremos un cargo proporcional a los costos, si usted solicita otra dentro de 12 meses.
Obtener copia de este Aviso de Privacidad	• Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha optado por recibir la notificación electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa, sin demora.
Elegir a alguien que le represente	• Si usted le ha otorgado Poder Legal Médicos a alguien o usted tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. • Antes de iniciar cualquier acción, nos aseguraremos de que dicha persona tiene esa autoridad y puede tomar decisiones en su nombre.

Presentar una queja, si considera que sus derechos son violados.

- Usted puede presentar una queja si usted cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con la Oficina de HIPAA que aparece en la lista al reverso de este folleto.
- Usted puede presentar una queja ante la Oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Derechos Civiles de los EE.UU., mediante el envío de una carta a:
  Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, S.W.
  Washington, D.C. 20201; llamando al 1-877-696-6775; o visitando la página de Internet **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus Opciones

En ciertos tipos de información de salud, usted puede indicar sus preferencias sobre lo que compartimos. Si usted tiene una clara preferencia por la forma en que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, díganoslo. Díganos lo que usted quiere que hagamos, y nosotros seguiremos sus instrucciones.

En estos casos usted tiene el derecho y opción de decirnos que:	• Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado médico. • Compartamos información en caso de una situación de desastre. • Incluyamos su información en el directorio de un hospital. *En caso de que usted no esté en condiciones de indicarnos sus preferencias; por ejemplo, si está inconsciente, podemos proceder a compartir su información si estimamos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información, cuando sea necesario, para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o a la seguridad.*
En los siguientes casos, nunca compartimos su información, a menos que usted nos presente un permiso por escrito:	• Para propósitos de mercadeo • Venta de su información • Para compartir notas de psicoterapia
En caso de recaudación de fondos:	• Puede que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos, pero usted puede pedirnos que no lo volvamos a contactarlo(a) de nuevo.

Usos de Divulgaciones

¿Cómo se suele utilizar o compartir su información de salud?
Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

Para su tratamiento	• Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando. ***Por ejemplo:*** *Un doctor que lo(la) esté tratando por una lesión, solicita a otro doctor información sobre su estado general de salud.*
Para el funcionamiento de nuestra organización	• Podemos utilizar y compartir su información de salud para el desarrollo de nuestras operaciones, mejorar su cuidado médico y comunicarnos con usted cuando sea necesario. ***Por ejemplo:*** *Utilizamos su información médica para controlar su tratamiento y servicios.*
Para facturar nuestros servicios.	• Podemos utilizar y compartir su información de salud para facturar y recibir el pago de los planes de salud u otras entidades. ***Por ejemplo:*** *Damos información sobre usted a su aseguradora de salud para que pague nuestros servicios.*

Continúa en la página siguiente

Usos de Divulgaciones

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información de salud?

Se nos permite o nos obliga a compartir su información de otras maneras - generalmente para beneficio del bienestar público, la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

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

Contribuir a la salud pública y seguridad	• Podemos compartir su información de salud para determinadas situaciones tales como:
	  • Prevenir enfermedades.
	  • Contribuir al retiro de productos del mercado
	  • Informar sobre reacciones adversas a medicamentos.
	  • Reportar cualquier sospecha de maltrato, negligencia o violencia doméstica.
	  • Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona.

Para propósitos de investigación	• Podemos utilizar o compartir su información para la investigación en salud.
Cumplir con la ley.	• Compartiremos su información, si así lo requieren las leyes federales o estatales, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, que supervisa el cumplimiento de las leyes federales de privacidad.
Responder a solicitudes de donación de órganos o tejidos.	• Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o director de funeraria.	• Podemos compartir información de salud con un médico forense o director de una funeraria, cuando una persona muere.

En atención a compensación laboral, aplicación de la ley y otros requerimientos del gobierno	• Podemos utilizar o compartir su información sobre su salud:
	  • En casos de reclamaciones de compensación laboral
	  • Para efectos de aplicación de la ley o con un agente judicial
	  • Con entidades de supervisión de salud en actividades autorizadas por la ley
	  • Para funciones especiales del gobierno tales como el fuerzas armadas, seguridad nacional y los servicios de protección presidencial

En respuesta a acciones y demandas legales	• Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

Notas especiales:

En caso de información de salud relacionada con el tratamiento por abuso de alcohol o de sustancias, solo podemos compartir su información sin su permiso en las siguientes circunstancias:

para proporcionarle tratamiento a usted;
a socios comerciales que contribuyen al manejo de nuestra agencia;
para denunciar un delito en nuestras instalaciones o en contra de uno de nuestros empleados;
para denunciar abuso infantil, y a las entidades gubernamentales que supervisan nuestras servicios;
en caso de emergencia médica;
en respuesta a una orden judicial; y
para fines de investigación (42 CFR Parte 2)

Estamos obligados a cumplir con las Regulaciones de la Ley de Privacidad de la Información de Salud (HIPAA), según los estándares establecidos en el Código Federal de Regulaciones, partes 160 y 164; y las Regulaciones del Departamento de Servicios de Salud del Comportamiento y Derechos Humanos (12 Código de Virginia -115).

En la atención a una solicitud de su parte en relación con su historial clínico, le daremos respuesta de acuerdo con el Código 32.1.127.1:03 y la Sección 2.2 hasta3704 del Código de Virginia.

Nuestras Responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de la información protegida sobre su salud.
- Si sucede algún quebrantamiento que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información, se lo haremos saber de manera oportuna.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información distinta a la que aquí se describe, a menos que usted nos lo autorice por escrito. Si usted estima que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para mayor información consultar**: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html**

Cambios a los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este Aviso, y tales cambios se aplicarán a toda la información que tenemos acerca de usted. El nuevo Aviso estará disponible bajo solicitud, en nuestra oficina, o en nuestro sitio Web.

Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a la siguiente organización:

Loundon County Community Service Board (Junta de Servicios Comunitarios del Condado de Loudon)
Department of Mental Health, Substance Abuse and Developmental Services (Departamento de Salud Mental, Abuso de drogas y Servicios de desarrollo)
906 Trailview Boulevard, Suite D
*Leesburg, VA 20175***.**

Sitio Web: www.loudoun.gov

Para obtener más información o para presentar una queja, comuníquese con:

HIPAA Privacy Officer
Attention: Heidi Gardner
(703) 737-8752
heidi.gardner@loudoun.gov