



## AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

**IMPORTANTE:** ESTE AVISO DE MERIDIAN BEHAVIORAL HEALTHCARE, INC. DESCRIBE SUS DERECHOS A PRIVACIDAD COMO CLIENTE, Y COMO SU HOJA CLÍNICA PODRÍA SER USADA Y COMPARTIDA. POR FAVOR REVISE ESTA PLANILLA CUIDADOSAMENTE Y TRAIGA CUALQUIER PREGUNTA A LA ATENCIÓN DE LA PERSONA A CARGO DE SU CASO.

Las condiciones de este Aviso de Práctica Privada que brinda Meridian Behavioral Healthcare, Inc. se aplican a todos los servicios y están vigentes desde abril 1 del 2003. Esta organización y sus empleados podrán compartir la información de la hoja clínica del paciente cuando fuese necesario para proveer un servicio de salud de calidad y recibir una remuneración adecuada de acuerdo con lo que permite la ley. La ley requiere que esta agencia cumpla con las prácticas de privacidad con la información de la salud personal. Nos reservamos el derecho a cambiar estos Términos de Práctica de Privacidad según sea necesario. Una copia de cualquier cambio o revisión podrá ser solicitada de esta oficina, por escrito, a 4300 SW 13th. Street, Gainesville, Florida 32608. A los 15 días de solicitada, la copia puede ser recogida en esta dirección.

### DISPOSICION Y USOS DE LA INFORMACION DE SU SALUD

Con las excepciones descritas a continuación, esta agencia ha de mantener la confidencialidad de la información sobre su salud personal. Esta información personal también pudiera ser utilizada y revelada como se acostumbra razonablemente en casos necesarios para su tratamiento, remuneración y operaciones para el cuidado de la salud y de conformidad con una autorización firmada que permite el uso o revelación. A usted le cabe el derecho a revocar esa autorización por escrito, pero de antemano a la acción tomada.

### Tratamiento, remuneración y operaciones para el cuidado de la salud:

Con excepción de lo ya previsto, o con su consentimiento firmado, esta agencia usará la información de su estado de salud como fuere necesario para su tratamiento, remuneración, y como sea necesario para el cuidado de su salud que incluye supervisión clínica, mejoras clínicas, revisión y consultas clínicas, gerencia empresarial, acreditación y licencias, como permitan las leyes.

### Familia y Amigos:

Información sobre el estado de salud individual puede ser revelada a familiares designados, amigos u otros que estén involucrados en el cuidado de su salud o en el pago de esos servicios y que hayan sido previamente autorizados por usted y de acuerdo a nuestro buen juicio. Si usted está incapacitado o, frente a una emergencia médica, consideramos que pueda ser en su mejor interés compartir la información de su salud sin su permiso.

### Socios de Negocios:

Ocasionalmente se nos hace necesario suministrar información sobre su estado de salud a ciertas personas u organizaciones que asisten nuestras operaciones del cuidado de la salud, tales como auditoría, acreditación, servicios legales, etc. Así mismo, se requiere su total discreción con la información confidencial del paciente.

### Citas y Servicios:

Usted puede ser contactado por esta oficina para recordarle sus previas citas o brindar información sobre las alternativas de su tratamiento o de otros beneficios y servicios que puedan interesarle. Usted tiene derecho a solicitar que la información relativa a su salud se haga por medios alternos o enviada a diferentes lugares; nosotros haremos lo razonablemente posible para satisfacer a su solicitud. Usted puede solicitar por escrito esta información confidencial enviándola a esta agencia en 4300 SW 13th Street, Gainesville, Florida 32608.

### Otros Usos y Revelaciones:

Otros usos y revelaciones de información individual sobre su salud, permitida o legalmente requerida, puede realizarse sin su autorización ni su previo consentimiento.

- Revelar la información de su estado de salud personal para cualquier propósito que requiera la ley, incluyendo, pero no limitada, una orden judicial.
- Revelar la información de su estado de salud para actividades como las relacionadas con la salud pública, las que requieren reporte de enfermedades, lesiones, nacimiento, defunciones y las requeridas en investigaciones de la salud.
- Revelación de su información de su salud como requieran las leyes, si se sospecha abuso o abandono de menores, ancianos o minusválidos.
- Revelar la información de su record personal de salud, como lo requiere la ley si, sospechamos que usted ha sido víctima de abusos, abandono o violencia doméstica.



## AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

- Revelar la información de su record personal de salud, a la Administración de Alimentos y Drogas (*Food & Drug Administration*), si es solicitada para reportar efectos nocivos, productos defectuosos o para participar en la retirada del mercado.
- Revelar la información de su record personal de salud, si lo requiere la ley para una agencia gubernamental de supervisión haciendo sondeos, investigaciones o en procedimientos jurídicos de tipo civil o criminal.
- Revelar la información de su record personal de salud, si lo requiere una Corte Judicial o una Citación o investigación o procedimientos civiles o criminales
- Revelar la información de su record personal de salud, a agentes de seguridad como lo requieren las leyes para reportar heridas o lesiones y crímenes.
- Revelar la información de su record personal de salud, a funcionarios forenses o funerarios como lo requieren las leyes.
- Revelar la información de su record personal de salud, a agencias de compensación laboral si fuere necesario para determinar sus beneficios por compensación laboral.

### SUS DERECHOS

#### **Acceso a Información Individual de su Salud**

Usted tiene derecho a inspeccionar la información de su record personal de salud que mantenemos para usted. Todas las solicitudes tienen que ser por escrito y firmadas por usted o su representante legal. Si solicita una copia habrá un cargo de \$0.25 por página. Así mismo habrá un cargo por franqueo si su solicitud se envía por correo y un cargo por preparar un resumen si usted lo solicita. Usted podrá solicitar una planilla de acceso a través de nuestro "Medical Records Department" en el 4300 SW 13 Street, Gainesville, Florida 32608.

#### **Enmiendas al Resumen Individual de la Salud**

Usted tiene el derecho a solicitar enmiendas o correcciones a la información individual de la salud que de usted mantenemos. No estamos obligados a efectuar todas las enmiendas solicitadas, pero sí considerar cuidadosamente todas las solicitudes. Para considerar todas las solicitudes de enmiendas, estas deben ser por escrito y firmadas por usted o su representante legal y, además, explicar las razones que justifican dicha solicitud. Si la enmienda o corrección solicitada fuese aprobada por nosotros y si lo consideramos necesario, podríamos notificárselo a otros que trabajan con nosotros. Usted podrá solicitar una planilla de corrección de información a través de nuestro Departamento de "Medical Records Department" en el 4300 SW 13 Street, Gainesville, Florida 32608.

#### **Responsabilidad de Revelar Datos Individuales de Salud**

Usted tiene el derecho a ser informado de ciertas revelaciones que se hayan realizado de su archivo personal de salud a partir de abril 14 del 2003. Las solicitudes deben ser por escrito y firmadas por usted o su representante legal. Solicitud de planillas de contabilidad son disponibles del "Medical Records Department" en el 4300 SW 13 Street, Gainesville, Florida 32608. La primera solicitud hecha en cualquier período de 12 meses es gratis; pero, habrá un cargo de \$2.00 por solicitudes adicionales durante ese período de 12 meses.

#### **Restricciones al Uso y Revelación de Datos Individuales de la salud**

Usted tiene el derecho a solicitar algunas restricciones en las utilidades y revelaciones de su información personal que podamos hacer. Nosotros no estamos obligados a acceder a las restricciones solicitadas, pero si haremos todo lo posible para considerar aquellas que sean apropiados y nos reservamos el derecho a cancelar una restricción previamente considerada si a nuestro juicio creemos apropiada su cancelación. En cuyo caso, le notificaremos la cancelación. Igualmente usted tiene el derecho a cancelar, ya sea por escrito o de palabra, cualquier restricción acordada enviando la solicitud de cancelación a "Medical Records Department" en el 4300 SW 13 Street, Gainesville, Florida 32608.

#### **Quejas**

Si usted considera que sus derechos a privacidad han sido violados, puede registrar su queja a nuestro Departamento de quejas: "Corporate Compliance Officer" en el 4300 SW 13 Street, Gainesville, Florida 32608. Durante los 180 días siguientes a una violación, también puede dirigirse para expresar por escrito su desacuerdo al: "Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services" en Washington, D.C. No habrá represalias por presentar una queja.

Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia adicional relacionada a esta notificación, puede dirigirse a nuestro "Corporate Compliance Officer" en el 4300 SW 13 Street, Gainesville, Florida 32608.