

IROQUOIS CENTRO  
PARA EL DESARROLLO HUMANO, INC.

# **AVISODE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

COPIA PERSONAL PUEDE SER SOLICITADO  
POR LA RECEPCIONISTA

**IROQUOIS Centro Para El Desarrollo Humano, INC.**  
**Aviso de Practicas de Privacidad**

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACION MEDICA Y DE TRATAMIENTO SOBRE USTED COMO CLIENTE/CONSUMIDOR DEL CENTRO PARA EL DESARROLLO HUMANO IROQUOIS (ICHD) Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. ESTE AVISO ES REQUERIDO POR LAS REGULACIONES DE PRIVACIDAD CREADAS COMO RESULTADO DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD-1996.

**PORFAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.**

**ICHD El Deber Legal y La Responsabilidad:** ICHD es requerido por la ley federal y estatal aplicable para mantener la confidencialidad y privacidad de su informaci3n medica y de tratamiento. Tambien estamos obligados a darle este aviso sobre nuestras practicas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos concernientes a su informaci3n de salud. Estamos obligados a seguir las practicas de privacidad que se describen en este aviso mientras esta en vigor. Aviso original del 14 de abril de 2003. Enmendado 4/2016; 6/2017;

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras practicas de privacidad y los terminos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando tales cambios sean permitidos o permitidos por la ley federal y estatal aplicable. Si hacemos un cambio en nuestras practicas de privacidad, cambiaremos este aviso y haremos que el nuevo aviso este disponible para usted bajo petici3n.

Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso de derechos de privacidad en cualquier momento. Para mas informaci3n acerca de nuestras practicas de privacidad, o para copias adicionales de este aviso, por favor contactenos usando la informaci3n listada al final de este aviso.

**Informaci3n y Registros Cubiertos Por Este Aviso:** La informaci3n y los registros que mantenemos concernientes a su tratamiento y servicios en ICHD (al que se hace referencia en este aviso como informaci3n de salud protegida, o PHI) es considerado por ICHD como privado y confidencial y esta cubierto por nuestras practicas de privacidad. La informaci3n de salud protegida que mantenemos puede provenir de varias fuentes diferentes, e incluye pero no necesariamente se limita a (a) informaci3n personal que obtenemos de usted durante la entrevista de admisi3n inicial o proceso de referencia, informaci3n registrada por nuestro personal de tratamiento, incluyendo notas de sesiones de tratamiento, observaciones, sentimientos y opiniones de nuestro personal de tratamiento, pruebas y resultados de las pruebas, programas de tratamiento y otra informaci3n relevante para su tratamiento; (b) informaci3n personal que obtenemos de otras fuentes tales como historia de su tratamiento de otro tratamiento o instalaciones medicas, informaci3n de miembros de la familia y/o conocidos, expedientes de la escuela, expedientes del empleo y otros expedientes preparados por otros pero que se refieren a los servicios y el tratamiento que le proporcionamos; (c) informaci3n relacionada con su pago de cargos y facturas por servicios prestados a usted y otra informaci3n recolectada o recibida para prop3sitos de nuestro cumplimiento con ciertos requisitos estatales o federales de reportes.

**Uso de ICHD de Su Informaci3n Protegida de La Salud:** Su PHI puede ser compartida internamente por y entre nuestro personal de tratamiento y programa para desarrollar, establecer

y llevar a cabo w1 programa de tratamiento que mejor se ocupe de sus necesidades de tratamiento. Esta información se comparte entre el personal de tratamiento en una base de "necesidad de saber" y sólo cuando se requiere para proporcionar el programa de tratamiento más eficaz. Por ejemplo, su terapeuta puede consultar con w1 psiquiatra del personal para determinar si algún tipo de medicamento está en orden, o puede compartir información con uno de nuestros directores de programa para ver si usted se beneficiaría de un servicio o programa en particular que ofrecemos. También podemos usar su PHI en un esfuerzo por mejorar nuestras operaciones de cuidado de la salud conductual incluyendo la calidad de nuestras evaluaciones y la mejora de nuestras actividades, revisando la competencia y calificaciones de nuestros profesionales de la salud, y conduciendo programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias o credenciales.

**ICHD tiene una licencia de servicios de salud mental y una licencia de servicios de consumo de sustancias. Para el mejor desarrollo de su tratamiento y resultados podemos compartir información de un programa de tratamiento a otro. Si usted está involucrado en ambos programas por favor asuma que compartiremos información esencial para coordinar su cuidado y servicios. Esto se hará sobre la base de la necesidad de saber. Usted puede optar fuera de esta coordinación de la atención informando nosotros verbalmente o por la petición escrita que usted prefiere nuestros abastecedores internos para no compartir o discutir la información esencial.**

La información necesaria para la facturación de nuestros servicios se proporcionará a nuestro personal de la oficina de negocios con el fin de que los cargos por los servicios que ofrecemos a usted son facturados y pagados de manera oportuna. Esta información se limita a la información necesaria para facturar adecuadamente los servicios que prestamos. Por ejemplo, la información puede indicar la fecha y la duración de su cita con su terapeuta, pero no incluirá las notas del terapeuta relacionadas con la cita.

Ocasionalmente, toda o parte de su PHI puede ser proporcionada a individuos o entidades con quienes ICHD contrata para ciertos tipos de servicios directamente relacionados con el funcionamiento de ICHD. Como ejemplo, para asegurar el cumplimiento de las diversas obligaciones legales, ICHD conserva los servicios de un abogado con conocimientos en esta área de la ley. Ocasionalmente, es necesario que nosotros proporcionemos a nuestro abogado una cantidad limitada de información para asegurar el cumplimiento de las leyes y reglamentos - estatales y federales y para proteger nuestros derechos legales, así como los derechos de nuestros clientes y consumidores. Por ejemplo, podemos ser requeridos a revelar a nuestro abogado una porción de su PHI para determinar la validez de una orden de la corte o la petición para la divulgación de sus expedientes o para determinar nuestra responsabilidad de ciertas obligaciones que divulgan. En tales casos, nuestro abogado tiene la misma obligación de proteger la confidencialidad de su PHI que nosotros, y también se requiere para cumplir con todas las prácticas de privacidad de ICHD.

ICHD se compromete a proteger sus derechos de privacidad y la confidencialidad de la información que mantenemos concierne a su salud, tratamiento y los servicios que le brindamos. Todos los empleados de ICHD, así como todas las personas o entidades que proporcionen servicios o programas para las operaciones de ICHD bajo contrato están cubiertos por y están legalmente obligados a proteger la privacidad y confidencialidad de toda la información a la que puedan tener acceso.

**Usos de La Informacion de Salud:**

ICHHD puede ponerse en contacto con los consumidores utilizando varios medios electrónicos para servir como un recordatorio para las próximas citas.

ICHHD utiliza las telecomunicaciones incluyendo las conexiones del televideo para los consumidores que acuerdan ese método de entrega del servicio.

Hemos hecho esfuerzos razonables para proteger electrónicamente el uso y la transmisión de la información del paciente.

**Divulgacion a Partes o Agencias Externas:** Generalmente, su PHI no será divulgada a ninguna persona o agencia fuera de ICHHD o sus proveedores de servicios contratados sin antes obtener una autorización por escrito de usted, su tutor legal o su representación personal en caso de fallecimiento.

- Usted debe entender que su decisión de participar en servicios comunitarios (CBS), servicios de apoyo a la comunidad (CSS) o cualquier otro servicio ofrecido en un entorno comunitario, puede, por asociación con el personal y el programa de ICHHD, identificarlo como participante/ consumidor de servicios ICHHD. ICHHD puede necesitar reportar la presencia y asistencia de un consumidor con programas específicos de ICHHD a personal o agencias apropiados para dar datos esenciales para un reclamo de seguro o para reportar un accidente. Un ejemplo de esto sería informar a la participación de un consumidor en los servicios de ICHHD en su casa si un empleado de ICHHD es lesionado en esa casa. La indemnización del trabajador será notificada de la información esencial para ponerse en contacto con el consumidor y/o su compañía de seguros. Sin una autorización por escrito válida de usted o de su representante legal, ICHHD no le proporcionará su PHI a ninguna agencia o persona externa a menos que sea requerido o permitido hacerlo por la ley o reglamentación estatal o federal. ICHHD se requiere o se le permite hacer las siguientes divulgaciones sin su consentimiento o autorización:

1. Información pertinente a un procedimiento de compromiso involuntario, tanto por enfermedad mental como por alcoholismo o drogodependencia, si el personal de tratamiento ha determinado que usted necesita hospitalización;
2. Información en respuesta a una orden judicial para una evaluación mental, alcohólica o de drogas;
3. Información en respuesta a una orden judicial válida pertinente a una demanda a la cual usted es parte cuando usted confía en su condición mental o emocional, y/o dependencia de alcohol o drogas como un reclamo o defensa en la demanda;
4. Información que el personal de tratamiento o usted está obligado por ley a informar a un funcionario público, tales como la notificación de abuso de menores y abuso de ancianos;
5. Información necesaria para su tratamiento de emergencia si el director de ICHHD lo considera necesario;
6. Información que se necesita para notificar y proteger a una persona que ha sido amenazada con un daño físico sustancial por usted durante el curso del tratamiento. La persona amenazada debe ser específicamente identificable, y el personal del centro de salud mental debe creer que existe una probabilidad sustancial de que usted actúe sobre la amenaza en el futuro previsible y el director ha concluido que dicha notificación debe ser dada. Se le notificará que esta información ha sido liberada;
7. Información sobre su tratamiento. Sin embargo, el director puede negarse a revelar partes de sus expedientes a usted si el/ella concluye que la liberación del material sería

- perjudicial para su bienestar o tratamiento;
8. Información a las autoridades de acreditación, certificación y licenciamiento, incluyendo a investigadores académicos, después de una promesa escrita de estos individuos de que su nombre no será divulgado a otras personas sin su consentimiento o según lo requiera la ley;
  9. Información solicitada por la abogacía de Kansas y servicios protegidos concerniente a su representación si lo requiere la ley federal;
  10. Información pertinente a la recopilación de un proyecto de ley para usted por los servicios prestados.
  11. Información requerida por un forense en pos de deberes oficiales.
  12. Información necesaria para promover la continuidad de su atención entre otras instalaciones de tratamiento, otros centros de salud mental y hospitales psiquiátricos del estado.
  13. Su nombre, fecha de nacimiento, fecha de fallecimiento, nombre del pariente más próximo, y lugar de residencia si usted ha fallecido cuando esa información es buscada como parte del estudio genealógico.
  14. La ley del estado de Kansas permite la divulgación a las siguientes agencias: autoridades de justicia juvenil (JJA), Departamento Correccional (DOC), Departamento de Niños y Familias, y hospitales psiquiátricos estatales.

### **Sus Derechos Legales Con Respecto a La Información Relacionada Con Su Tratamiento y Caso:**

1. Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos directamente con usted sobre su tratamiento, atención y asuntos relacionados;
2. Usted puede solicitar una restricción en nuestro uso o revelación de su PHI para el tratamiento, el pago, o nuestras operaciones internas. Además, usted tiene el derecho de solicitar que restrinjamos nuestra divulgación de su información de salud a solo ciertos individuos involucrados en su cuidado o el pago por su cuidado, tales como miembros de la familia y amigos. No estamos obligados a aceptar su solicitud; sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos obligados por nuestro acuerdo, excepto cuando la ley lo exija de otra manera, en emergencias, o cuando la información sea necesaria para tratarlo. Para solicitar restricciones, usted debe hacer su solicitud por escrito a nuestro oficial de privacidad o al Director. En su solicitud, debe decirnos (1) Que información desea limitar; (2) Si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quien desea que se apliquen los límites. (por ejemplo, no divulgaciones a su cónyuge);
3. Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de la información que puede ser usada para tomar decisiones de tratamiento y cuidado sobre usted, incluyendo partes de sus registros médicos y registros de facturación, a menos que el director determine por escrito que dicha divulgación sería perjudicial para su bienestar o su tratamiento;
4. Usted tiene el derecho de solicitar que le proporcionemos copias de su PHI a otras personas o entidades que usted designe. Para que nosotros proporcionemos tales copias usted necesitará firmar y darnos una autorización escrita que identifica la información que usted quiere que proporcionemos y la razón de la petición. Al recibir una autorización apropiada, proporcionaremos la información solicitada a las personas que usted ha designado a menos que se nos impida hacerlo por las leyes o reglamentos estatales o federales. Podemos imponer ciertas restricciones al uso o divulgación de dicha información por el destinatario. Se puede hacer una copia y un cargo por correo para proporcionar la información;

5. Usted puede pedir que modifiquemos su PHI si usted cree que es incorrecto o incompleto, y siempre y cuando la información sea mantenida por o para ICHD y fue preparada por ICHD. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe ser hecha por escrito y presentada al Director Ejecutivo, ICHD, 610 E. Grant, Greensburg, Kansas 67054. Usted debe darnos las razones que apoyan su solicitud de enmienda. Podemos negar su solicitud si no es por escrito o no incluye una razón para apoyar la solicitud. Podemos negar su petición si usted nos pide que modifiquemos la información que:
  - o No fue creado por ICHD, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no este disponible para hacer la enmienda;
  - o No es parte de la información de salud mantenida por o para ICHD;
  - o No es parte de la información que de otro modo se le permitiría inspeccionar y copiar; 0
  - o Es exacto y completo.Se le informará de la razón de cualquier negación. Usted puede presentar una declaración por escrito en desacuerdo con la decisión y la declaración será hecha una parte de sus expedientes de la salud.
6. Usted tiene el derecho de solicitar una "contabilidad de las divulgaciones" que hemos hecho de su PHI para fines distintos a los de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, con ciertas excepciones. Para solicitar una contabilidad de las divulgaciones, usted debe someter su petición por escrito a nuestro oficial de privacidad, quien tiene formularios para la solicitud. Su solicitud debe indicar el periodo de tiempo para el que desea una contabilidad; sin embargo, el periodo no puede ser superior a seis años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar en que formulario desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera contabilidad que solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratuita. Para cuentas adicionales, nosotros podemos cobrarle por los costos de proveerlos. Le notificaremos los costos por adelantado y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en los costos.
7. Usted tiene derecho a recibir una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad. Usted puede pedir que le de una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia de este aviso, póngase en contacto con la recepcionista de recepción.
8. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante ICHD o con el Secretario del Departamento de salud y servicios humanos. Para presentar una queja con ICHD, por favor envíe por escrito al Director de mejoramiento de calidad o Director Ejecutivo, ICHD, 610 E. Grant, Greensburg, Kansas 67054. Usted no será penalizado por presentar una queja. •
9. Para preguntas relacionadas con este aviso o nuestras políticas de privacidad de información de salud, por favor comuníquese con mejoramiento de calidad al 620-723-2272.