

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD



ACTUALIZADO: 12/4/2019

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO CON CUIDADO.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) es una ley federal que requiere que todos los registros médicos y otra información de salud que pueda identificar al individuo y que es utilizada o divulgada por Catholic Charities West Michigan (CCWM) en cualquier forma, ya sea electrónicamente, en papel u oralmente, se mantengan confidenciales. Esta Ley (HIPAA) le otorga a usted, el paciente, nuevos derechos y le ayuda a comprender y controlar cómo se utiliza su información de salud.

SUS DERECHOS

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de su registro médico en papel o electrónico
- Corregir su registro médico en papel o electrónico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Poder limitar la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes compartimos su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe por usted
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

SUS OPCIONES

Tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos su información personal, ya que:

- Dígame a su familia y amigos acerca de su condición
- Proporcionar ayuda para desastres
- Proporcionar atención de salud mental
- Comercializar nuestros servicios.
- Recaudar fondos

NUESTROS USOS Y DIVULGACIÓN

CCWM puede usar y compartir su información sin su autorización expresa debido a lo siguiente:

- Tratamiento
 - Podemos compartir su información de salud con otros profesionales que lo están tratando.
- Facturación por los servicios
 - Podemos usar y compartir información sobre los servicios de salud dados a usted para facturar y recibir pagos de los seguros de salud u otras entidades.
- Dirigir nuestra organización
 - Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra agencia, mejorar la atención y contactarlo cuando sea necesario.

- Responder a demandas y acciones legales.
- Ayudar con temas de salud pública y seguridad.
- Cumplir con las leyes o exigencias legales.
- Trabajar con un médico forense o funeraria
- Crear y distribuir información de salud no identificada eliminando todas las referencias a información que pueda identificar al individuo.
- Podemos contactarlo para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Cualquier otro uso y divulgación se hará solo con su autorización por escrito, a menos que lo permita la ley federal. Puede revocar dicha autorización por escrito y estamos obligados a cumplir y respetar la solicitud por escrito, excepto en casos en que ya hayamos tomado medidas con su previa autorización.

Estos son los derechos con respecto a su información de salud protegida. Usted puede ejercer estos derechos presentando una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad:

- El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica protegida, incluyendo divulgaciones a familiares cercanos o lejanos, amigos personales cercanos o cualquier otra persona identificada por usted. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada. Si aceptamos una restricción, estamos obligados a cumplirla hasta que usted solicite eliminarla por escrito.
- El derecho a solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de nuestra información médica protegida por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- El derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida, excepto si tiene información compilada para su uso en un procedimiento civil, penal o administrativo u otras circunstancias limitadas, o si el liderazgo de la agencia lo considera de otra manera. Si sus registros se almacenan electrónicamente, usted tiene derecho a acceder a ellos en un formato legible acordado por usted y la agencia.
- El derecho a solicitar y recibir una lista de divulgaciones de su información de salud en ciertas circunstancias. Por ejemplo, no se incluirán las divulgaciones que autorice por escrito o aquellas que se realicen como parte de las actividades de pago.
- El derecho a recibir notificaciones en caso de que violaciones de su información médica protegida ocurran.
- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso de manera electrónica.

La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información médica protegida y que le notifiquemos nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida, excepto en las siguientes circunstancias:

- CCWM puede comprar servicios de una agencia, organización o negocio. Los servicios que proporciona pueden requerir que tenga acceso a su información de salud. CCWM exigirá a la agencia, organización o empresa que acepte por escrito obedecer la Ley de Confidencialidad federal y no divulgar información.
- Según lo permitido por una orden judicial
- Para denunciar un delito cometido en las instalaciones de CCWM y / o contra el personal y / o propiedad de CCWM
- Al personal médico en caso de emergencia médica.
- Para investigaciones, auditorías o evaluaciones.
- Para denunciar abuso y negligencia.
- Para reportar daño a sí mismo o a los demás.

Este aviso entró en vigencia el 1 de abril de 2003 y estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso de prácticas de privacidad actualmente en efecto. La redacción se revisó en diciembre de 2019 para aclarar que las notificaciones de citas pueden ocurrir por teléfono o mensaje de texto, y para agregar Aviso a los clientes de Health Net of West Michigan. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de prácticas de privacidad y de hacer que las nuevas disposiciones de notificación sean efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. Publicaremos el Aviso revisado de Prácticas de privacidad y puede solicitar una copia al personal de la oficina.

Puede recurrir si considera que se han violado sus protecciones de privacidad. Tiene derecho a presentar una declaración formal que cumpla con Catholic Charities West Michigan o el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles utilizando el contacto información provista a continuación.

AVISO PARA CLIENTES DE HEALTH NET OF WEST MICHIGAN

Catholic Charities West Michigan está colaborando con socios comunitarios para mejorar el bienestar y la salud de nuestros clientes y miembros de la comunidad. Para operar en este modelo y participar en las colaboraciones de nuestra comunidad, recopilaremos y compartiremos la siguiente información sobre usted:

- Su número de Medicaid / Medicare (si no lo sabe, nosotros lo buscaremos)
- Su nombre e información de contacto (como fecha de nacimiento, dirección y teléfono)

Recopilaremos esta información y la compartiremos sin pedirle necesariamente su autorización por escrito. Creemos que tenemos la autoridad para hacerlo en conformidad con nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad (extracto a continuación). Dicha colaboración es una parte integral para la recaudación de fondos para operar nuestra agencia, mejorar la atención que le brindamos a usted y a nuestros otros clientes, aumentar los cuidados y el bienestar de nuestra comunidad y evaluar la salud de nuestra área. Gracias por su participación y comprensión.