

Departamento de salud mental del Condado de Niagara

Aviso de Practicas Privadas

Formulario del conocimiento del Cliente

Nuestros avisos de practicas privadas provee información de cómo nosotros usamos y revelamos información de su salud. Como es informado en nuestro aviso, los términos de nuestros puede cambiar. Si cambiamos nuestros avisos, usted puede obtener una copia revisada contactando a nuestro medico, gerente de programa, o un oficial privado.

Usted tiene el derecho de pedir que restrinjamos como la información de salud protegida acerca de usted es usada o revelada para tratamiento, pago o operaciones de cuidado de la salud. No se nos requiere que estemos de acuerdo con estas restricciones, pero si lo hacemos estamos ligados a nuestro acuerdo.

Firmando este formulario de conocimiento del Departamento de salud mental del Condado de Niagara de practicas privadas, con respecto al uso y revelación de la información de salud acerca de su tratamiento, pago y operaciones del cuidado de salud.

firma

fecha

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE NIAGARA

AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS

ESTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACIÓN MEDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Si tiene alguna pregunta acerca de este aviso, por favor contacte a su medico, administrador de programa u oficial privado.

QUIEN DEBE SEGUIR ESTE AVISO

Este aviso describe las practicas del Dpto. mental de Salud del Condado de Niagara y de:

- Todas las divisiones y unidades del Dpto. Mental de Salud.
- Todos los empleados y personal.
- Cualquier voluntario/a, contratista, estudiante interno, o cualquier profesional de salud autorizado para entrar información a su tarjeta.

SE NOS REQUIERE POR LEY QUE PROTEJAMOS SU INFORMACIÓN DE SALUD

Se nos requiere por ley que protejamos la privacidad de salud acerca de usted y la que lo identifica.

También se nos requiere por ley que este formulario de practicas privadas explique nuestros deberes y practicas privadas con respecto a la información de su salud.

Estamos legalmente requeridos a seguir los términos de este aviso.

Si cambiamos los términos de este aviso en un futuro. Se nos reversa el derecho a hacer Cambios y de avisar acerca de esos cambios. En caso de que hagamos cambios en nuestro aviso nosotros:

- Pondremos el nuevo aviso en nuestra area de espera
- Haremos copias del nuevo aviso disponible con su medico y/o administrados de programa. (Usted siempre podra contactar nuestro oficial privado al (716)439-7410 para obtener una copia del aviso actual)

El resto de este aviso:

- Discutirá como nosotros podremos usar y revelar la información de salud protegida sobre usted
- Explicara sus derechos respectos a la información de salud protegida sobre usted
- Describirá como y cuando usted debe archivar un reclamo relacionado con privacidad

Si en algún momento tiene preguntas acerca de la información de este aviso o acerca de nuestras practicas, procedimiento o reglamento privado, contacte su medico, administrado de programa u oficial privado.

COMO PODEMOS USAR O REVELAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA ACERCA DE USTED.

Las siguientes categorías describen las diferentes formas que hay de uso y de revelación que hay acerca de esta información. Nosotros revelamos solo la mínima información necesaria y lo hacemos en concordancia con los estándares de Licenciatura Estatal y Federal. También cuando es necesario, se obtiene una forma de consentimiento de liberación. (por ejemplo una forma de liberación de específicas drogas/alcohol) Para cada categoría de uso y revelaciones escritas abajo, explicaremos que queremos decir y tratamos de dar algunos ejemplos. No todo uso o revelación en una categoría será listado. Sin embargo, todas las formas que se nos permite de uso y revelación de información caben debajo de una de estas categorías.

1. Para tratamiento: Usamos la información acerca de usted para proveerle tratamiento y servicios. Revelamos información a doctores, enfermeras y otro personal que puede estar en cargo de su salud. Por ejemplo, información obtenida por la Clínica de Salud Mental para Adultos de Niagara Falls, puede ser compartida con otras divisiones dentro del Dpto. de Salud Mental, tales como el programa de abuso de drogas del Condado de Niagara, Programa de sobrevivientes de abuso sexual, etc. Diferentes divisiones del Condado de Niagara pueden compartir esta información para coordinar diferentes servicios que lo ayudaran. También podemos revelar información acerca de usted a personas fuera del Dpto. que van a estar encargado de su cuidado después que Ud. deje nuestros servicios, tales como miembros de familia y otras personas que proveerán servicios para su cuidado.

2. Por pago: Nosotros usamos a revelamos información acerca de usted para que el tratamiento y los servicios puedan ser cobrados y el pago pueda ser recolectado de usted, una compañía de seguros o terceros. Por ejemplo, tal vez necesitamos revelar información acerca de su salud para que Ud. Revisa el plan de salud que Ud. debe pagar por nuestros servicios.

3. Por operaciones del cuidado de su salud: Usamos la información para servicios del cuidado de su salud. Estos usos y revelaciones son necesarios para asegurarnos que todos nuestros clientes revisan una buena calidad de cuidado. Por ejemplo, usamos la información para revisar nuestro tratamiento y servicio y para evaluar el funcionamiento de nuestro personal. También combinamos mucha información de diferentes clientes para decidir que servicios adicionales deberíamos ofrecer, que servicios no son necesarios, y si se necesita nuevos tratamientos más efectivos. También necesitamos revelar información a doctores, enfermeras y otro personal para propósitos de aprendizaje.

4. Recordatorio de citas: Podemos usar o revelar información para contactarlo y recordarle de su cita.

5. Beneficios y servicios que se relacionan a su salud: Podemos usar o revelar información para informarle de servicios y beneficios que le pueden interesar a usted.

6. Individuos involucrados en su cuidado o pago por su cuidado: Podemos revelar información a sus amigos o miembros de su familia que están involucrados en su tratamiento. También le damos información a alguien que va a pagar por su tratamiento. En adición revelamos información de su entidad para asistir a su familia en caso de emergencia.

7. Investigación: Bajos ciertas circunstancias podemos usar o revelar información con propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación comparando la salud y recuperación de todos los clientes que recibieron cierta medicación o los que recibieron otra bajo la misma condición.

8. Como es requerido por ley: Podremos revelar información acerca de usted cuando es requerido por ley federal, estatal o local.

9. Para prevenir una amenaza seria a la salud o seguridad: Podemos revelar información acerca de usted cuando es necesario prevenir una amenaza a su salud o seguridad o a la salud o seguridad del público u otra persona.

SITUACIONES ESPECIALES

- **Compensación al trabajador:** Podemos revelar información acerca de usted en compensación a un trabajador relacionado a heridas y enfermedad.
- **Riesgos de la salud pública:** podemos revelar información acerca de usted para actividades públicas de la salud. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:
 - Para prevenir o controlar una enfermedad, herida o incapacidad
 - Para reportar nacimientos y muertes
 - Para reportar reacciones de medicamento o problemas de productos
 - Para reportar negligencias o abuso del niño
 - Para notificar llamados de productos que pueden ser usados
 - Para notificar a personas que pueden ser expuestas a una enfermedad o estar al riesgo de contraer o esparcir una enfermedad o una condición médica.
 - Para notificar a la autoridad de gobierno si creemos que un paciente puede ser víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Esta revelación solo se puede hacer si Ud. Esta de acuerdo o cuando esta requerido por la ley.
- **Actividades descuidadas:** Podemos revelar información al Dpto. de descuido de agencias por autoridades encargadas de la ley. Estas actividades de descuido incluyen por ejemplo audiciones autorizaciones, revisos, inspecciones. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de salud mental, programas de gobierno y conformidades con los derechos civiles.
- **Demandas y disputas:** si esta involucrado en demandas o disputas debemos revelar información acerca de usted si se nos es ordenado por la corte.
- **Ejecución de la ley:** Podemos revelar información si se nos es pedido por un oficial

- En respuesta a una orden de corte o procesos similares.
- Para identificar o localizar a un fugitivo, testigo o persona desaparecida
- Información acerca de la víctima de un crimen en ciertas circunstancias donde la persona se rehúse a aceptar
- En caso de muerte por conducta criminal
- Por conducta criminal en un departamento
- En circunstancias de emergencia; para localización de un crimen o víctima; o una identidad, descripción o localidad de la persona que cometió el crimen.

- **Seguridad nacional y Actividades de Inteligencia:** Podemos revelar información acerca de Ud. a oficiales federales autorizados para mantener la seguridad nacional.
- **Servicio de Protección para el Presidente u otros:** Podemos revelar información acerca de usted a federales autorizados para que ellos provean protección al presidente, otras personas autorizadas, o extranjeros de estado o para que conduzcan investigaciones especiales.
- **Interno:** Si Ud. Es un interno de una institución correccional o esta bajo la custodia de la ley, nosotros podemos revelar información a su correccional, institución u oficial de ley. Esta revelación sería necesaria (1) para que la institución le provea tratamiento; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; (3) por la seguridad y salud de la institución.

SUS DERECHOS DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA SOBRE USTED

Usted tiene los siguientes derechos:

- **Derecho a inspección y copia:** Usted tiene derecho a inspección y copia de la información que usamos para hacer una información acerca de su cuidado. Usualmente esto incluye al doctor los record de cobro, pero no incluye las notas del psicoterapeuta .

Para inspeccionar y copiar la información que nosotros usamos para hacer una decisión acerca de usted, usted debe someter una forma de solicitud a mano al medico o al administrador de programa. Si usted solicita una copia le cobraremos por los costos de copia, de envío y otros costos asociados con su solicitud.

Nosotros podemos negar su solicitud para investigar y copiar en ciertas circunstancias. Si se le niega acceso a la información, usted puede solicitar que la negación sea solicitada. Otro profesional de salud mental será encargado de revisar su solicitud y porque se le fue negada. La persona no será la misma que le negó la solicitud.

- **Derecho a corregir:** Si usted cree que la información que nosotros tenemos es incorrecta o incompleta usted tiene derecho a pedir que le corrijamos la información. Usted tiene el derecho a solicitar la corrección mientras la información sea mantenida en el departamento. Para solicitar una corrección su

solicitud debe ser hecha a mano y sometida al medico o administrador de programa. También debe proveer una razón por su solicitud.

Nosotros podemos negar su solicitud de hacer una corrección si la solicitud no esta a mano o no incluye una razón y podemos negar en caso que usted pida una corrección de:

- Información que no fue creada por nosotros al menos que la persona que creo la información no este disponible para hacer la corrección.
- Que la información no sea parte del archivo mantenido por el departamento.
- Que la información no sea parte de la información que esta permitida que usted investigue o copia.
- Que este precisa y completa.

● **Derecho de revelación de contabilidad:** Usted el derecho de pedir una “revelación de contabilidad” esta es una lista de revelaciones que hace la información acerca de usted. Para pedir esta lista usted debe presentar por escrito a un medico o administrador de programa. Su pedido debe establecer un periodo de tiene, el cual no puede ser mas de 6 anos y tampoco debe incluir los días antes del 14 de abril del 2003. Su pedido debe indicar en que forma usted desea su lista (por ejemplo, en papel, electrónicamente) Esta primera lista que usted solicita dentro de un periodo de 12 meses será gratis. Por cada lista adicional le vamos a cobrar el costo que provee la lista. Nosotros le notificaremos del costo y Ud. Decidirá si cancela o modifica su solicitud en ese tiempo antes de que le mandemos los costos.

● **Derechos a solicitar restricciones:** Usted tiene el derecho a solicitar restricciones o limitaciones de la información que usamos o revelamos acerca de usted para tratamiento, pago, o operaciones del cuidado de su salud. Usted también tiene el derecho de solicitar un limite de la información que revelamos acerca de usted a alguien que esta involucrado en su cuidado o el pago de su cuidado, como un miembro familiar o amigo. Por ejemplo, usted puede pedir que no revelemos información acerca del tratamiento que usted tuvo.

El Dpto. de Salud Mental del Condado de Niagara no tiene que estar de acuerdo con su solicitud. Si nosotros estamos de acuerdo, nosotros cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proveer un tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, usted debe mandar una solicitud a mano al medico o al administrador de programas. En su solicitud usted nos debe decir (1) que información quiere que sea limitada; (2) si quiere que sea limitada a nuestro uso, revelación o ambas; y (3) a quien quiere que se le limite la información, por ejemplo, su esposo/a

● **Derecho a solicitar confidencialidad de comunicación:** Usted tiene derecho a solicitar que comuniquemos acerca de cosas concerniendo su información en cierta forma o cierta localidad. Por ejemplo, usted puede pedir que lo contactemos al trabajo por correo

Para solicitar comunicación confidencial, usted debe hacer su solicitud a mano al medico o administrador de programa. Nosotros no le pedimos que de una razón de su solicitud. Su solicitud debe especificar como y donde quiere que lo contactemos.

- Derecho a copia de este aviso: Usted tiene derecho a pedir copia de este aviso. Usted nos puede pedir que le demos copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener copia de este aviso puede visitar nuestra página de internet al [www. Niagaracounty.com](http://www.Niagaracounty.com) Para obtener una copia de este aviso contacte a su médico, administrador de programa u oficial privado.

CAMBIOS DE ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho a cambiar este aviso. Pondremos la fecha sobre este cambio en la primera página arriba en la esquina de la derecha.

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados usted puede procesar una queja al departamento de secretaría del Dpto. de Salud y servicios humanos. Para archivar una queja sobre el Dpto de Salud Mental del Condado de Niagara, contacte a su médico o administrador de programa. Niagara Falls Adult Mental Health Clinic (716) 278-71940, Lockport Adult Mental Health Clinic (716)-439-7400, Drug Abuse Program (716) 278-8110, Methadone Maintenance Treatment Program (716)-278_8110, Rape Crisis/Adult Survivors Program (716)278-1940. Competitive Employment Program (716) 278-1940, Crisis Hotline Services (716) 285-3519, Assisted Outpatient Treatment Program (716) 439-7412, Jail Forensic Mental Health Program (716) 439-7410. Quejas también puede ser llegadas con el oficial privado (716) 439-7410 y con el Director de Servicios Comunitarios (716) 439-7410. Todas las quejas deben ser dadas por escrito. **(Usted no será penalizado por archivar una queja)**

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Otros usos y revelaciones de información no cubiertas en este formulario o la ley, tiene que ser escrita solo con su permiso escrito. Si usted nos permite el uso de su información también puede suspenderla a cualquier tiempo. Si usted suspende nuestro permiso, nosotros no usaremos o revelaremos su información por las razones ya cubiertas en este formulario.