

**Aviso de Prácticas de Privacidad**

**El aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede conseguir el acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente.**

Si tiene alguna pregunta acerca de este aviso, por favor póngase en contacto con la Directora de cumplimiento Pamela Gubuan al 917-933-6850 o pamelagubuan@childcenterny.org.

Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y revelar su "información de protección de salud" para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención de salud y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de acceso y control de su información médica protegida. Información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarle y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios relacionados de atención de la salud.

La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información médica y que le proporcionemos aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad. Estamos obligados a cumplir con los términos de este aviso. Nosotros podemos cambiar los términos de nuestro aviso en cualquier momento. Las notificaciones de cambios se publicarán en la oficina y en nuestro sitio web ([www.childcenterny.org](http://www.childcenterny.org)). Usted puede llamar a la oficina y solicitar que se le envíe una copia revisada por correo o pidiéndole una al momento de su próxima cita.

**Usos permitidos**

Podemos usar y revelar su información de salud para los siguientes propósitos:

1. ***Tratamiento****.* Los cuidadores, tales como enfermeras, doctores, terapeutas y trabajadoras sociales, pueden usar su información de salud para determinar su plan de cuidado. Individuos y programas con OMH (Oficina de salud mental) pueden compartir información de salud sobre usted para coordinar los servicios que usted puede requerir, tales como exámenes clínicos, servicios de terapia nutricional, medicamentos, hospitalización, o transferencias o remisión para la atención de seguimiento.
2. ***Pago***. Su información médica protegida será usada, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Para que una compañía de seguros pague por su tratamiento, debemos presentar un proyecto de ley que le identifique, su diagnóstico y el tratamiento que se le ha proporcionado. Como resultado, pasaremos dicha información de salud a un asegurador con el fin de ayudar a recibir el pago de sus facturas médicas.
3. ***Operaciones de atención médica***. Podemos utilizar y divulgar la información médica sobre nuestras operaciones de la Agencia. Estos usos y divulgaciones son necesarios para dirigir la Agencia y ver que todos nuestros clientes reciben atención de calidad. Los expedientes de tratamiento pueden ser revisados como parte de un proceso continuo dirigido hacia asegurar la calidad de las operaciones de la Agencia. También podemos proporcionar su PHI a nuestros contadores, abogados, consultores, y otros para asegurarse de que estamos cumpliendo con las leyes que nos afectan***.***
4. ***Recordatorios de la cita***. Podemos usar y revelar PHI para comunicarnos con usted como recordatorio de que tiene alguna cita.
5. ***Alternativas de tratamiento***. Podemos usar revelar PHI para decirle o recomendar posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan ser de interés para usted.
6. ***Beneficious y servicios relacionados con la salud***. Podemos usar y revelar la información de salud para decirle acerca de los beneficious o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
7. ***Como sea requerido o permitido por la ley***. Revelaremos suinformación de salud cuando sea requerido para hacerlo por agencias gubernamentales federales, estatales o locales.
8. ***Para actividades de salud pública***. Es posible que se nos exija reportar su información médica a las autoridades para ayudar a prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Esto puede incluir el uso de su expediente médico para reportar ciertas enfermedades, lesiones, información de nacimiento o muerte, información de preocupación a la administración de alimentos y medicamentos, o información relacionada con el maltrato o negligencia infantil. También es posible que tengamos que informar a su empleador de ciertas enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo para que nuestro lugar de trabajo pueda ser monitoreado por seguridad.
9. ***Para actividades de supervisión de salud***. Podemos revelar su información de salud a las autoridades para que puedan monitorear, investigar, inspeccionar, disciplinar o licenciar a aquellos que trabajan en el sistema de cuidado de la salud o para programas de beneficious del gobierno.
10. ***Para actividades relacionadas con la muerte***. Podemos revelar su información de salud a los forenses, examinadores médicos y directores de funeral para que puedan desempeñar sus deberes relacionados con su muerte, tales como la identificación del cuerpo, la determinación de la causa de la muerte, o en caso de los directores de funerales, para llevar a cabo el funeral Preparaciones.
11. ***Para donaciones de órganos, ojos o tejidos***. Podemos revelar su información de salud a las personas involucradas en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejidos de cadáveres o propósitos de donación.
12. **Para la investigación**. Bajo ciertas circunstancias, y sólo después de un proceso de aprobación especial, podemos usar y revelar su información de salud para ayudar a llevar a cabo investigaciones. Tal investigación podría tratar de averiguar si un determinado tratamiento es eficaz para curar una enfermedad. Obtendríamos su permiso antes de cualquier divulgación de la investigación.
13. ***Para evitar serias amenazas a la salud o a la seguridad***. Como lo exige la ley y las normas de conducta ética, podemos divulgar su información de salud a las autoridades competentes si creemos de buena fe, que dicha liberación es necesaria para prevenir o minimizar una amenaza seria y que se acerca a usted o a la salud o seguridad del público.
14. ***Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica***. Podemos notificar a las autoridades competentes del gobierno si creemos que un cliente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Sólo haremos tales revelaciones en las que usted esté de acuerdo o cuando lo exija la ley. Reportaremos sospechas de abuso y negligencia de niños menores de 18 años sin su aprobación.
15. ***Para la custodia militar, de la seguridad nacional, o del encarcelamiento/de la aplicación de ley***. Si usted está involucrado en las actividades militares, de seguridad nacional o de inteligencia o en la custodia de los agentes de la ley o un preso en una institución correccional, podemos divulgar su información de salud a las autoridades apropiadas para que pueden desempeñar sus deberes bajo la ley.
16. ***Aplicación de la ley.*** A veces debemos reportar parte de su información de salud a autorizaciones legales tales como oficiales de la ley, oficiales de la corte, o agencias gubernamentales. Por ejemplo, es posible que tengamos que responder a una orden judicial.
17. ***Para la indemnización de los trabajadores***. Podemos revelar su información de salud a las personas apropiadas con el fin de cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores u otros programas similares. Estos programas pueden proporcionar beneficious para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
18. ***Reclusos***. Podemos usar o revelar su información de salud protegida si usted es un preso de un centro correccional y su proveedor ha creado o recibido su información de salud protegida en el curso de proveerle cuidado.
19. ***A los involucrados con su cuidado o pago de su cuidado***. Si personas como miembros de la familia, parientes, o amigos íntimos están ayudando a cuidar de usted, nosotros podemos divulgar información importante sobre su salud a esas personas. Podemos usar o revelar información de salud protegida para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona que es responsable de su cuidado de su ubicación, condición general o muerte. Además, podemos divulgar su información de la salud a las organizaciones autorizadas para manejar efectos de la relevación de desastre así que los que cuidan para usted pueden recibir la información sobre nuestra localización o estado de salud. Podemos permitirle estar de acuerdo o discrepar oralmente a tal liberación, a menos que haya una emergencia.
20. ***Emergencia***s. Nosotros podemos revelar su información médica protegida en una situación de tratamiento de emergencia.

**NOTA**: A excepción de las situaciones enumeradas arriba, debemos obtener su autorización escrita específica para cualquier otra divulgación de su información de la salud. Todavía debemos tratarle incluso si usted no desea firmar un formulario de autorización. Usted puede revocar una autorización por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado la información en dependencia de esta autorización. Para revocar esta autorización, debe presentar su solicitud por escrito a: The Child Center of NY, 118-35 Queens Blvd, 6th Floor, Forest Hills, NY 11375, Attn: Pamela Gubuan, Chief Compliance Officer

**Sus derechos de información de salud**

Usted tiene varios derechos con respecto a su información de salud; específicamente, usted tiene el derecho de:

**Inspeccione y copie su información médica protegida.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica mantenida en nuestro registro, incluyendo registros médicos y de facturación. Podemos negar su solicitud de inspeccionar y/o copiar sus registros en ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, la decisión de denegar el acceso puede ser revisada. Además, nosotros podemos cobrarle un honorario razonable si usted quiere una copia de su información de salud.

**Su solicitud para corregir su información de salud.** Si usted cree que su información de salud es incorrecta, puede pedirnos que corrijamos la información. Usted tendrá que hacer tales peticiones por escrito y dar una razón en cuanto a por qué su información de salud debe ser cambiado. Sin embargo, si no creamos la información de salud que usted cree que es incorrecta, o si no estamos de acuerdo con usted y creemos que su información médica es correcta, podemos negar su solicitud.

***Solicitud de restricción de ciertos usos y divulgaciones.*** Usted tiene el derecho de pedir restricción sobre cómo se utiliza su información de salud o a quién se divulga su información, incluso si la restricción afecta su tratamiento o nuestras actividades del pago o de la operación del cuidado médico. O, usted puede desear limitar la información de salud proporcionada a la familia o amigos involucrados en su cuidado o pago de facturas médicas. También puede querer limitar la información de salud proporcionada a las autoridades involucradas en los esfuerzos de socorro en casos de desastre. Sin embargo, no estamos obligados a acordar en todas las circunstancias a su restricción solicitada.

***Solicitud para recibir comunicación confidencial de información de salud.*** Usted tiene el derecho de solicitar que le comunicamos su información de salud de diferentes maneras o lugares. Usted puede solicitar la comunicación de una cierta manera o en una cierta localización, pero usted debe especificar cómo o donde usted quiere ser contactado. Por ejemplo, usted puede pedir que nos pongamos en contacto con usted por correo en lugar de por teléfono, o en casa, en lugar de trabajar. Usted no necesita dar una razón de su petición. Todas las peticiones razonables deben ser acomodadas.

***Recibir una contabilidad de las divulgaciones de su información médica.*** Usted tiene el derecho de solicitar una "contabilidad de las divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que hicimos de la información médica sobre usted. Su solicitud debe indicar un período de tiempo que puede no ser superior a seis años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. La solicitud debe indicar cómo le gustaría que le respondieramos (por ejemplo, en papel o por correo electrónico). Debemos cumplir con su solicitud de una lista en un plazo de 30 días, a menos que usted acepte una prórroga de 30 días, y nosotros no podemos cobrarle por la lista, a menos que usted solicite dicha lista más de una vez por año. Además, no incluiremos en la lista: divulgaciones hechas a usted, divulgaciones hechas para los propósitos del tratamiento, pago, operaciones de la salud, seguridad nacional, aplicación de la ley/corrección, y ciertas actividades de la supervisión de la salud.

***Obtener una copia impresa de este aviso.*** Bajo su solicitud, usted puede recibir en cualquier momento una copia impresa de este aviso, incluso si usted firmó anteriormente para recibir este aviso electrónicamente.

***Quejarse.*** Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que hicimos sobre el acceso a su información médica protegida o en respuesta a una solicitud que hizo para enmendar o restringir el uso de la divulgación de su salud protegida información o para que nosotros la comunicación con usted en confianza por alternativa significa o en un lugar alternativo, usted puede ponerse en contacto con nosotros o el US Department of Health and Human Services. Todas las quejas deben hacerse por escrito. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el US Department of Health and Human Services. Unidos bajo petición. No vamos a tomar represalias contra usted por presentar tal queja.

**NOTA:** Las solicitudes o quejas deben enviarse por escrito a: The Child Center of NY, 118-35 Queens Blvd, 6th Floor, Forest Hills, NY 11375, Attn: Pamela Gubuan, Chief Compliance Officer

**Este aviso entra en vigencia el 14 de abril de 2003.**