

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
(45 CFR §164.520(a))
ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO EL ÁMBITO MÉDICO
SE PUEDE UTILIZAR INFORMACIÓN SOBRE TI Y
DIVULGADO Y CÓMO PUEDES ACCEDER A
ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSALO DETENIDAMENTE.**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor contacte con (el clínico principal o el gestor de casos)

o

las oficinas ejecutivas en cualquier corporación regional.

¿QUIÉN SEGUIRÁ ESTE AVISO:

Este aviso describe nuestras prácticas y las de:

Cualquier profesional sanitario autorizado para introducir información en tu historial médico;

Todos los departamentos y unidades de las Corporaciones Regionales;

Cualquier miembro de un grupo de voluntarios que permitamos ayudarte en las Corporaciones Regionales;

Todos los empleados, personal y demás personal de las Corporaciones Regionales.

Todas estas entidades, sitios y ubicaciones cumplen los términos de este aviso. Además, estas entidades, sitios y ubicaciones pueden compartir información médica entre sí para tratamiento, pago o las operaciones y propósitos de las Corporaciones Regionales descritos en este aviso.

NUESTRO COMPROMISO RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA.

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger la información médica sobre ti. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibes en cualquier Corporación Regional. Necesitamos este registro para proporcionarle una atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por cualquier Corporación Regional. Otros proveedores de atención sanitaria pueden tener políticas o avisos diferentes respecto al uso y divulgación de tu información médica. Este aviso le informará sobre las formas en que podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos respecto al uso y divulgación de información médica.

Por ley estamos obligados a: asegurarnos de que la información médica que le identifica se mantenga privada; te daremos este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad respecto a la información médica sobre ti; y seguir los términos del aviso que está vigente.

CÓMO ESTAMOS OBLIGADOS POR LEY A REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE TI.

Como lo exige la ley. *Revelaremos información médica sobre usted cuando la ley federal, estatal o local lo requiera.*

Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad. *Utilizaremos y divulgaremos información médica sobre usted cuando tengamos un "Deber de Informar" según la ley estatal o federal; Porque creemos que es necesario prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o para la salud y seguridad del público u otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación solo sería para alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.*

Riesgos para la salud pública. Divulgaremos información médica sobre usted para la notificación de salud pública exigida por la ley federal o estatal. Estas actividades suelen incluir lo siguiente:

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- para informar nacimientos y defunciones;
- denunciar abuso o negligencia infantil;
- informar de reacciones a medicamentos o problemas con los productos;
- notificar a las personas sobre retiradas de productos que puedan estar utilizando;
- para notificar a una persona que pudiera haber sido expuesta
- a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición
- notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un cliente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando la ley lo requiera o esté autorizado.

Actividades de supervisión sanitaria. Divulgaremos información médica según lo requiera la ley a una agencia de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema sanitario, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas y disputas. Si estás involucrado en una demanda o disputa, revelaremos información médica sobre ti cuando un tribunal lo ordene correctamente.

Fuerzas del orden. Facilitaremos información médica si un agente de seguridad lo solicita, y si la ley lo permite:

- En respuesta a una orden judicial;
- Si lo exige la ley estatal o federal;
- Identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Sobre la víctima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona
- Sobre una muerte que creemos que puede ser resultado de conducta delictiva;
- Sobre conducta delictiva en cualquier instalación de Corporaciones Regionales; y

· En circunstancias de emergencia para denunciar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Servicios de protección para el presidente y otros. Divulgaremos información médica suya a funcionarios federales autorizados para que puedan proteger al Presidente de los Estados Unidos de América, otras personas autorizadas o jefes de Estado extranjeros, o realizar investigaciones especiales.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE TI.

Las siguientes categorías describen diferentes formas en que utilizamos y divulgamos información médica. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que queremos decir e intentaremos dar algunos ejemplos. No todos los usos o divulgaciones de una categoría se incluirán. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información entrarán en una de las categorías.

Para tratamiento. Podemos utilizar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar información médica sobre ti a médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas, técnicos, estudiantes de medicina u otros miembros de las Corporaciones Regionales que participen en tu cuidado. Diferentes departamentos de las Corporaciones Regionales también pueden compartir información médica sobre ti para coordinar las distintas cosas que necesitas. También podemos divulgar información médica suya a personas ajenas a Corporaciones Regionales, como otros proveedores sanitarios implicados en su tratamiento médico y a personas que puedan estar involucradas en su atención médica.

A cambio de pago. Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que reciba en cualquier Corporación Regional, u otros proveedores sanitarios de los que reciba tratamiento, puedan ser facturados y el pago pueda cobrarse a usted, a una compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, puede que necesitemos proporcionar información de tu plan de salud sobre el tratamiento que recibiste en las Corporaciones Regionales para que tu plan nos pague o te reembolse el tratamiento. También podemos informar a tu plan de salud sobre un tratamiento que vas a recibir para obtener una aprobación previa o para determinar si tu plan cubrirá el tratamiento.

Para operaciones sanitarias. Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para las operaciones de las Corporaciones Regionales o a otro proveedor de atención sanitaria o plan de salud, si tiene relación con ese proveedor o plan de salud. Estos usos y divulgaciones son necesarios para gestionar las Corporaciones Regionales y garantizar que todos nuestros clientes reciban una atención de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en su cuidado. También podemos combinar información médica de muchos clientes para decidir qué servicios adicionales deberían ofrecer las Corporaciones Regionales, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. También podemos divulgar información a médicos, trabajadores sociales, terapeutas, enfermeros, psicólogos, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal para fines de revisión y aprendizaje. También podemos combinar la información médica que tenemos con la de otros proveedores de salud para comparar cómo estamos y ver dónde podemos mejorar la atención y los servicios que ofrecemos. Podemos eliminar la información que te identifica de este conjunto de datos médicos para que otros la utilicen para estudiar la atención sanitaria y la prestación de servicios sin saber quiénes son los clientes específicos.

Recordatorios de citas. Podemos utilizar y divulgar información médica para contactarle como recordatorio de que tiene una cita para tratamiento o atención médica en cualquier Corporación Regional.

Asociados de negocios A veces trabajamos con particulares y empresas externas que nos ayudan a gestionar nuestro negocio con éxito. Podemos divulgar tu información médica a estos socios comerciales para que puedan realizar las tareas para las que les contratamos. Nuestros socios comerciales deben prometer, mediante un Acuerdo escrito de Socio de Negocios firmado por nosotros y el Socio de Negocios, que respetarán la confidencialidad de su información médica personal e identificable. Solo utilizaremos a estos Socios Comerciales cuando lo creamos

el medio más eficaz para llevar a cabo las funciones permitidas de tratamiento, pago o operaciones sanitarias.

La Red Clínicamente Integrada de Indiana (CINI) - Sistemas Regionales de Salud forma parte de un Acuerdo Organizado de Atención Sanitaria (OHCA) que incluye participantes en la Red Clínicamente Integrada de Indiana (CINI). Una lista actual de participantes de CINI está disponible en <http://www.cinindiana.com/>. Como asociado comercial de Regional Health Systems, CINI suministra tecnología de la información y servicios relacionados a Regional Health Systems y otros participantes de CINI. CINI también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, CINI coordina las actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de buenas prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas de historias clínicas electrónicas. CINI también ayuda a los participantes a trabajar de forma colaborativa para mejorar la gestión de las derivaciones internas y externas de pacientes. Tu información personal de salud puede ser compartida por los Sistemas Regionales de Salud con otros participantes de CINI o en un intercambio de información sanitaria solo cuando sea necesario para tratamiento médico o para los fines operativos sanitarios del acuerdo sanitario organizado. La gestión sanitaria puede incluir, entre otras cosas, la geocodificación de tu ubicación de residencia para mejorar los beneficios médicos que recibes. La información personal de salud puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como información recogida en las Normas de Privacidad. La información, en la medida en que se revele, se divulgará conforme a las Normas de Privacidad o cualquier otra ley aplicable que se modifique periódicamente. Tienes derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento, sin embargo, la información puede que ya haya sido proporcionada según lo permitido por ti. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que usted lo revoque por escrito. Si se lo solicita, se le proporcionará una lista de las entidades a las que se les ha facilitado su información.

Alternativas al tratamiento. Podemos utilizar y divulgar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones de tratamiento u alternativas que puedan interesarle.

Beneficios y servicios relacionados con la salud. Podemos utilizar y divulgar información médica para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

Personas implicadas en tu cuidado o pago por tu atención. Podemos facilitar cierta información limitada sobre ti a un amigo o familiar que esté involucrado en tu atención médica. También da información a alguien que ayude a pagar tu atención. Además, podemos divulgar información médica suya a una entidad que ayude en un esfuerzo de ayuda ante desastres para que su familia pueda ser notificada sobre su estado, estado y ubicación.

Investigación. *En determinadas circunstancias, podemos utilizar y divulgar información médica sobre ti con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede consistir en comparar la salud y recuperación de todos los clientes que recibieron un medicamento con los que recibieron otro, para la misma condición. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de información médica, intentando equilibrar las necesidades de investigación con la necesidad de privacidad de su información médica de los clientes. Antes de utilizar o divulgar información médica para investigación, el proyecto habrá sido aprobado mediante este proceso de aprobación, pero podríamos, sin embargo, divulgar información médica sobre usted a personas que se preparen para realizar un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarles a buscar clientes con necesidades médicas específicas, siempre que la información médica que revisen no salga de las Corporaciones Regionales. Podemos pedirte permiso específico si el investigador tiene acceso a tu nombre, dirección u otra información que revele quién eres o si participará en tu atención en el hospital.*

Con tu autorización previa por escrito. *Aparte de lo indicado anteriormente, no divulgaremos tu PHI sin antes obtener tu autorización por escrito. Tampoco utilizaremos ni divulgaremos tu PHI en ninguna de las siguientes situaciones sin tu autorización por escrito.*

- ***Usos y divulgaciones de PHI (si los registramos en el historial médico) excepto para llevar a cabo su tratamiento, pago u operaciones sanitarias, en la medida permitida o requerida por la ley;***
- ***Usos y divulgaciones de PHI para realizar ciertas actividades de marketing que puedan animarte a usar o comprar un producto o servicio concreto que según la HIPAA requiere tu autorización previa por escrito;***
- ***Divulgaciones de PHI que constituyen una venta de tu PHI bajo HIPAA;***
- ***Usos y divulgaciones de ciertas PHI con fines de recaudación de fondos que no están permitidas por HIPAA; y***
- ***Otros usos y divulgaciones no descritos en este aviso.***

SITUACIONES ESPECIALES

Donación de órganos y tejidos. *Si eres donante de órganos, podemos facilitar información médica a organizaciones que gestionan la obtención de órganos o trasplantes de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para facilitar la donación y trasplante de órganos o tejidos.*

Militares y veteranos. *Si eres miembro de las fuerzas armadas, podemos facilitar información médica sobre ti según lo requieran las autoridades de mando militar. También podemos facilitar información médica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.*

Forenses, forenses y directores funerarios. *Podemos facilitar información médica a un forense o a un forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos facilitar información médica sobre clientes de cualquiera de las Corporaciones Regionales a los directores funerarios según sea necesario para que puedan desempeñar sus funciones.*

Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia. Podemos facilitar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Internos. Si eres interno de una institución correccional o bajo la custodia de un agente de la ley, podemos facilitar información médica sobre ti a la institución penitenciaria o a un responsable de la ley. Esta autorización sería necesaria (1) para que la institución te proporcione atención sanitaria; (2) proteger tu salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás; o (3) por la seguridad y protección de la institución correccional.

TUS DERECHOS RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA TUYA. Tienes los siguientes derechos respecto a la información médica que mantenemos sobre ti:

Derecho a inspeccionar y copiar. Tienes derecho a inspeccionar y copiar información médica que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre tu atención. Normalmente, esto incluye registros médicos y de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar información médica que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre usted, debe presentar su solicitud por escrito al Supervisor de Historiales Médicos. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa por los costes de copia, envío u otros suministros asociados a su solicitud.

Podemos denegar tu solicitud de inspección y copia en circunstancias muy limitadas. Si se te niega el acceso a información médica, en algunas circunstancias puedes solicitar que se revise la denegación. Otro profesional sanitario titulado elegido por las Corporaciones Regionales revisará tu solicitud y la denegación. La persona que realiza la revisión no será quien haya denegado tu solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

Derecho a enmendar. Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que modifiquemos dicha información. Tienes derecho a solicitar una enmienda mientras la información se conserve por o para Corporaciones Regionales.

Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y presentarse al Supervisor de Registros Médicos. Además, debes aportar una razón que respalde tu solicitud.

Podemos denegar su solicitud de enmienda si no es por escrito o no incluye motivo para apoyarla. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

- No fue creado por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda;
- No forma parte de la información médica que se conserva por o para el hospital;
- No forma parte de la información que se te permitiría inspeccionar y copiar; o es precisa y completa.

Derecho a un Registro de Divulgaciones. Tienes derecho a solicitar una "Contabilidad de Divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que hicimos sobre la información médica sobre usted.

Para solicitar esta lista o el registro de divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito al Supervisor de Registros Médicos. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo que no puede ser superior a seis años y no puede incluir fechas anteriores al 26 de febrero de 2003. Tu solicitud debe indicar en qué formato quieres la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera lista que solicites en un periodo de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle

para los costes de proporcionar la lista. Le notificaremos el coste implicado y puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurran en cualquier coste.

Derecho a solicitar restricciones. *Tienes derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que utilizamos o divulgamos sobre ti para tratamiento, pago o operaciones sanitarias. También tienes derecho a solicitar un límite en la información médica que proporcionemos sobre ti a alguien que participe en tu cuidado o al pago por tu cuidado, como un familiar o amigo. Por ejemplo, podrías pedir que no utilicemos ni divulguemos información sobre una sesión de tratamiento específica que tengas. Además, si pagas un servicio en su totalidad, de tu bolsillo, en la fecha del servicio, puedes pedirnos que no revelemos ninguna información PHI relacionada a tu plan de salud.*

No estamos obligados a aceptar tu solicitud. *Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud salvo que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe presentar su solicitud por escrito al Supervisor de Historiales Médicos. En su solicitud, debe decirnos (1) qué información quiere limitar; (2) si quieres limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién quieres que se apliquen los límites, por ejemplo, las divulgaciones a tu cónyuge.*

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. *Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera determinada o en un lugar determinado. Por ejemplo, puedes pedir que solo te contactemos en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe presentar su solicitud por escrito al Supervisor de Registros Médicos. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Atenderemos todas las peticiones razonables. Tu solicitud debe especificar cómo o dónde deseas ser contactado.*

Derecho a una copia en papel de este aviso. *Tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Puede pedirnos que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si has aceptado recibir este aviso electrónicamente, aún tienes derecho a una copia en papel de dicho aviso. Puede obtener una copia de este aviso en nuestra página web, <http://www.regionalmentalhealth.org/> o para obtener una copia en papel, consulte con su médico de cabecera o gestor de casos.*

Derecho a recibir notificación de incumplimiento. *Tiene derecho a recibir notificación por escrito en caso de que nos enteremos de cualquier adquisición, uso o divulgación no autorizada de su PHI que de otro modo estuviera debidamente asegurada según lo exigido por HIPAA. Le notificaremos de la brecha lo antes posible, pero no más tarde de sesenta (60) días después de que se haya descubierto la violación.*

Confidencialidad del Trastorno por Consumo de Sustancias (SUD) Registros-42CFR Parte 2

Esta sección explica cómo la ley federal protege la privacidad de tus registros de tratamiento para el Trastorno por Consumo de Sustancias (SUD). Nuestro programa está obligado por ley federal (42 CFR Parte 2) a mantener la información sobre tu tratamiento de SUD privada y segura. Estas normas te otorgan

protecciones adicionales más allá de la norma de privacidad de HIPAA. Uso y compartición de registros protegidos por la Parte 2 sin consentimiento:

Podemos compartir tus registros protegidos por la Parte 2 sin tu consentimiento en las siguientes situaciones:

- Al personal médico en una emergencia médica;
- A organizaciones de servicios cualificadas que prestan servicios en nuestro nombre y que aceptan por escrito proteger la información de la misma manera que estamos obligados a protegerla;
- A las fuerzas del orden si cometes o amenazas con cometer un delito en nuestras instalaciones o contra nuestro personal;
- Denunciar sospechas de abuso y negligencia infantil según lo requiera la ley aplicable;
- A personal cualificado para investigación sujeta a leyes de aprobación y supervisión;
- Al personal cualificado para auditoría o evaluación de programas que a) acepte por escrito proteger la información según lo exigido por nuestras políticas, b) represente a agencias gubernamentales federales, estatales o locales autorizadas por ley para supervisar nuestro programa, o c) proporcionen asistencia financiera al programa o proporcionen pagos por atención sanitaria; o
- A una autoridad de salud pública, si la información ha sido desidentificada.

Requisitos de consentimiento para el uso o el intercambio de registros protegidos por la Parte 2: Cuando se requiere consentimiento.

Solicitaremos su consentimiento para compartir sus registros protegidos por la Parte 2 en situaciones no listadas en la Sección I(a) anterior, incluyendo:

· **Tratamiento, pago y operaciones finales.** Para permitirnos compartir sus registros protegidos bajo la Parte 2 con los médicos que le tratan en el hospital u otra clínica, con su compañía de seguros de salud para que podamos ser remunerados por los servicios que recibió de nosotros, o para nuestra mejora de calidad y otros fines operativos, debe firmar un formulario de consentimiento de la Parte 2;

· **Consentimiento único:** Puedes proporcionar un consentimiento único para todos los usos o divulgaciones futuras para tratamiento, pago y operaciones sanitarias. Si el destinatario es una entidad cubierta por HIPAA (como otro proveedor de atención sanitaria o compañía de seguros) o un socio comercial (como una empresa que ayuda a un proveedor sanitario a almacenar historiales médicos), puede divulgar tu información según lo permita HIPAA, salvo en procedimientos civiles, penales, administrativos y legislativos en tu contra. Necesitará firmar un consentimiento separado para que podamos compartir sus registros protegidos por la Parte 2 con los intercambios de información sanitaria (HIEs) en los que participamos. Los HIE nos ofrecen una forma de compartir tu información sanitaria con otros proveedores de atención (consultas médicas, hospitales, laboratorios, centros de radiología y otros

proveedores) a través de medios electrónicos y seguros. Por favor, habla con tu proveedor de la Parte 2 para obtener información adicional;

· **Tratamiento obligatorio.** Si se te obligó a recibir tratamiento de los Programas de la Parte 2 de Regional Health Systems a través del sistema legal penal (incluyendo tribunal de drogas, libertad condicional o libertad condicional), debes firmar un formulario de consentimiento separado que nos permita compartir tus antecedentes protegidos por la Parte 2 con el sistema legal penal, como el tribunal, los oficiales de libertad condicional, los fiscales u otras fuerzas del orden. La duración de tu consentimiento (cuánto tiempo está en vigor) y tu derecho a revocar tu consentimiento pueden ser más limitados que en un formulario estándar de consentimiento de la Parte 2;

· **Programas de control de medicamentos con receta.** Si la ley del distrito nos obliga a informar de los medicamentos SUD que recetemos o dispensemos a un programa estatal de control de medicamentos con receta, podremos divulgar información protegida por la Parte 2 con su consentimiento por escrito.

· **Procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos.** Para compartir tus registros protegidos por la Parte 2 o testificar sobre información contenida en los registros en una investigación o procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en tu contra, debes firmar un formulario de consentimiento separado de la Parte 2.

Otros usos y divulgaciones. Regional hará uso y divulgación de registros protegidos por la Parte 2 no descritos en este Aviso únicamente con su consentimiento.

Revocando (cancelando) tu consentimiento. Puede revocar su consentimiento en cualquier momento, salvo en la medida en que Regional Health Systems haya actuado en base a él. Puede revocar su consentimiento presentando una solicitud por escrito al Responsable Regional de Privacidad de Sistemas de Salud, o puede solicitar una adaptación razonable para un proceso alternativo de revocación contactando con su proveedor de la Parte 2.

Utilizar o compartir registros protegidos por la Parte 2 en demandas y acciones legales.

· Los registros, o testimonios que transmitan el contenido de dichos registros, no serán utilizados ni divulgados en ningún procedimiento civil, administrativo, penal o legislativo contra usted a menos que firme un formulario de consentimiento específico que permita el uso o divulgación, o que un tribunal ordene su uso o divulgación.

· Los registros solo podrán ser utilizados o divulgados mediante una orden judicial tras notificación y se le proporcionará la oportunidad de escuchar a usted y/o al titular del registro (SISTEMAS REGIONALES DE SALUD), cuando lo requieran 42 USC § 290dd-2 y 42 CFR Parte 2.

· Una orden judicial que autorice el uso o divulgación debe ir acompañada de una citación u otro mandato legal similar que obligue a divulgar antes de que el registro sea utilizado o divulgado.

II. Tus derechos relacionados con tus registros protegidos bajo la Parte 2

Como paciente en un Programa Regional Health Systems Parte 2, tienes los siguientes derechos respecto a tus registros protegidos bajo la Parte 2:

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en los registros protegidos por la Parte 2 que utilizamos o divulgamos sobre usted para fines de tratamiento, pago y operaciones sanitarias, incluyendo cuando ha firmado un consentimiento para dichas divulgaciones. Para solicitar una restricción, envíe su solicitud por escrito al Responsable Regional de Privacidad de los Sistemas de Salud (información de contacto proporcionada a continuación) y díganos: (1) qué información desea limitar; (2) si quieres limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién quieres que se apliquen los límites. Revisaremos tu solicitud. Si aceptamos tu solicitud, aún podemos compartir tu información cuando sea necesario para atención de emergencia o cuando la ley lo requiera.

Derecho a solicitar y obtener restricciones sobre las divulgaciones a tu aseguradora de salud. Tienes derecho a solicitar y obtener restricciones de divulgación a tu plan de salud por aquellos servicios que hayas pagado (o que alguien haya pagado en tu nombre) en su totalidad. Para solicitar una restricción, siga el proceso mencionado anteriormente en la Sección II(a). Aceptaremos su solicitud, salvo que una ley nos obligue a compartir la información con su plan de salud.

Derecho a un registro de las divulgaciones. Tienes derecho a pedir una contabilidad (lista) de las veces que hemos compartido tus registros protegidos por la Parte 2, con quién los compartimos y por qué. Para solicitar un informe de las divulgaciones, envíe su solicitud por escrito al Responsable de Privacidad del Sistema Regional de Salud (información de contacto proporcionada a continuación) y proporcione el plazo para la rendición de cuentas (no más de seis años desde la fecha de su solicitud).

Derecho a una lista de divulgaciones por parte de un intermediario. Si consentiste compartir tus registros protegidos por la Parte 2 a través de un intermediario, tienes derecho a una lista de divulgaciones de un intermediario de los últimos 3 años. Para solicitar una lista de divulgaciones por parte de un intermediario, envía tu solicitud al intermediario.

Derecho a una copia de este aviso y a debatir sobre este Aviso. Tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Puede pedirnos que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si has aceptado recibir este aviso electrónicamente, aún tienes derecho a una copia en papel de dicho aviso. Puede obtener una copia de este aviso en nuestra página web, <http://www.regionalmentalhealth.org/> o para obtener una copia en papel, consulte con su médico de cabecera o gestor de casos.

Nuestros deberes.

Mantener la privacidad de los registros protegidos por la Parte 2. Los Programas de la Parte 2 del Sistema Regional de Salud están obligados por ley a mantener la privacidad de los registros, a notificar a los pacientes de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad respecto a los registros protegidos por la Parte 2, y a notificar a los pacientes afectados tras una brecha de registros no protegidos.

Siguiendo este aviso. Los Programas de la Parte 2 del Sistema Regional de Salud deben cumplir con los términos del Aviso vigente.

QUEJAS

Si cree que se ha vulnerado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito ante cualquiera de las Corporaciones Regionales o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en ocrmail@hhs.gov o 200 Independence Avenue, S.W., Habitación 509F, Edificio HHH, Washington, D.C. 20201. Para presentar una queja ante las Corporaciones Regionales, contacte con el Director de Cumplimiento (219-769-4005). Llama a la Línea de Atención al Consumidor, División de Salud Mental y Adicciones de Indiana al 800-901-1133, o a la Defensa y Protección de Indiana (800-622-4845), a la Oficina de Monitorización de Calidad de la Comisión Conjunta al 800-994-6610 o enviando un correo electrónico a complaint@jointcommission.org.

No serás sancionado por presentar una queja.

CAMBIOS EN ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de modificar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el aviso revisado o modificado para la información médica que ya tenemos sobre ti, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en cada una de nuestras instalaciones. El aviso contendrá en la primera página, en la esquina superior derecha, el