

CARIDADES CATÓLICAS DIÓCESIS DE ARLINGTON, INC.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CON CUIDADO.

Este Aviso se aplica a todos los servicios brindados por la Clínica Médica Gratuita Mother of Mercy de la Diócesis de Arlington de Catholic Charities.

Mother of Mercy Free Medical Clinic se compromete a proteger su información de salud y la ley le exige que proteja la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.

El propósito de este Aviso es explicarle nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud y cómo podemos usar o divulgar su información de salud. Este Aviso también explica sus derechos sobre su información de salud y los pasos que tomaremos para notificar a las personas afectadas en caso de una violación de la información de salud no segura. Se requiere que la Diócesis de Arlington de Catholic Charities (CCDA) cumpla con los términos de este Aviso y que le entregue una copia de este Aviso.

No utilizaremos ni divulgaremos su información de salud de otra forma que no sea la descrita en este Aviso a menos que usted firme una autorización escrita que nos indique que podemos. Si firma una autorización por escrito y cambia de opinión, puede informarnos por escrito en cualquier momento. Le notificaremos de inmediato si ocurre una infracción que pueda afectar la privacidad o seguridad de su información de salud.

Cómo usamos y divulgamos su información de salud

El CCDA usa su información de salud para brindarle atención médica. En algunos casos, su información de salud solo puede divulgarse con su autorización por escrito y, en otros casos, su autorización no es necesaria. Los detalles de los usos y divulgaciones de CCDA de su información de salud se describen a continuación. **CCDA no utiliza ni divulga su información de salud con fines de comercialización ni vende información de salud.**

Usos o divulgaciones que requieren autorización por escrito

No usaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización por escrito, excepto como se describe en este aviso. **Notas del médico.** No usaremos ni divulgaremos notas médicas sin su autorización, excepto para ciertas operaciones de tratamiento, pago y atención médica, y en ciertos casos limitados.

Autorización escrita. Si firma una autorización que nos permite usar o divulgar su información de salud, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento. La revocación entrará en vigencia, excepto en la medida en que CCDA ya haya tomado medidas basándose en su autorización antes de su revocación.

Una vez que su información de salud ha sido divulgada de conformidad con su autorización, las protecciones de privacidad federales ya no se pueden aplicar a la información de salud divulgada, y esa información puede ser revelada por el destinatario sin su conocimiento o autorización de CCDA. Para revocar una autorización, debe proporcionar a CCDA una notificación impresa por escrito retirando la autorización para divulgar su información de salud.

Tratamiento, pago y operaciones de atención médica sin su autorización

Tratamiento. CCDA puede usar y divulgar su información de salud para fines de tratamiento sin su autorización. Por ejemplo, si está siendo tratado por un médico, CCDA puede divulgar su información médica a ese médico para ayudarlo a tratarlo.

Operaciones de atención médica. CCDA puede usar o divulgar su información de salud sin su autorización para que podamos operar de manera eficiente, efectiva y en el mejor interés de nuestros clientes. CCDA puede usar su información en ciertas funciones de aseguramiento administrativo, financiero, legal o de calidad. Un ejemplo de esto sería una revisión interna de casos por parte del personal de CCDA para garantizar la calidad de nuestros servicios clínicos.

Otros usos y divulgaciones que no requieren su autorización

A CCDA también se le permite o se le exige que comparta su información de otras maneras que no requieren su autorización:

- **Socios de negocio.** En algunos casos, los terceros conocidos como socios comerciales brindan servicios a CCDA. Podemos divulgar su información de salud sin su autorización a nuestros socios comerciales. Requerimos que nuestros asociados comerciales se aseguren de que la información de salud esté adecuadamente protegida y protegida del uso o divulgación no autorizados. Además, los socios comerciales están obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de la información de salud.
- **Representantes personales.** Su información de salud puede ser divulgada a personas que usted haya autorizado o personas que tengan el derecho de actuar en su nombre. Ejemplos de representantes personales son aquellos que tienen poderes médicos o son guardianes legales de adultos.
- **Requerido por la ley.** Utilizaremos o divulgaremos su información de salud cuando así lo requiera la ley federal o estatal. CCDA puede divulgar su información de salud si creemos que usted es un peligro para usted o un peligro para otros.
- **Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar información de salud en el transcurso de un procedimiento judicial o administrativo de conformidad con una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.
- **Actividades de salud pública.** Podemos usar o divulgar su información de salud para actividades de salud pública cuando lo autorice la ley. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud para actividades de salud pública que impliquen prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- **Abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos divulgar su información de salud según lo exige la ley de Virginia a la policía u otras agencias como la policía local, los Servicios de Protección Infantil o los Servicios de Protección para Adultos si creemos que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. La ley exige que CCDA informe a los Servicios de Protección los casos de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica hacia niños, adultos incapacitados mayores de 18 años y adultos mayores de 60 años.
- **Supervisión de salud.** Podemos divulgar su información de salud a una agencia de supervisión de la salud para actividades de supervisión autorizadas por la ley el sistema de atención médica para auditorías, investigación, autorización y otras actividades de supervisión.
- **Cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar su información de salud a las autoridades bajo ciertas condiciones consistentes con la ley aplicable o cuando lo solicite la policía bajo ciertas condiciones.
- **Actividades militares y de veteranos.** Si son Fuerzas Armadas o personal militar extranjero, podemos divulgar su información de salud para cumplir con las leyes relacionadas con el servicio militar o asuntos de veteranos.
- **Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia.** Podemos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados para la realización de actividades de inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley, y para proteger al Presidente de los Estados Unidos, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros.

- **Compensación del trabajador.** Podemos usar o divulgar su información de salud para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación del trabajador.
- **Investigación.** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar o divulgar su información de salud con fines de investigación, siempre que se sigan los procedimientos requeridos por ley para proteger la privacidad de los datos de investigación. La investigación debe aprobarse a través de un proceso especial diseñado en gran medida para proteger la privacidad de la información de salud.
- **Individuos fallecidos.** La información de salud de un individuo fallecido se puede divulgar a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para que dichos profesionales puedan realizar sus tareas.

Usos y divulgaciones que requieren una oportunidad para estar de acuerdo u objetar

Notificación a otras personas involucradas en su cuidado. En algunas circunstancias, podemos divulgar su información de salud a un familiar, otro pariente, amigo personal cercano u otra persona involucrada en su cuidado. También podemos usar o divulgar su información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su atención o organización de ayuda en caso de desastre acerca de su condición general, ubicación (como en el hospital) o fallecimiento. Si no desea que esta información se use o divulgue, puede presentar una objeción.

SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.

Acceso a su información de salud

Tiene derecho a ver o recibir una copia electrónica o en papel de su registro de salud. Algunas excepciones se aplican según la ley, incluidas las excepciones para notas de psicoterapia. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud por escrito. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo. Si se le niega el acceso a su registro de salud, se le notificará y se le proporcionará información sobre sus derechos para apelar la decisión. Pregúntenos cómo ver o recibir una copia de su registro de salud.

Solicitar comunicaciones confidenciales

Tiene derecho a solicitar que comuniquemos su información de salud por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Por ejemplo, tiene el derecho de solicitar que solo nos contactemos con usted en su teléfono de casa o de la oficina. Acomodaremos sus solicitudes razonables.

Solicitar una enmienda a su información de salud

Tiene derecho a solicitar que CCDA modifique su información de salud si considera que la información es incorrecta o incompleta. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 30 días. Pregúntenos cómo hacer correcciones en su registro de salud.

Obtenga una lista de divulgaciones de su información de salud

Tiene derecho a solicitar una lista (contabilidad) de nuestras divulgaciones de su información de salud. La contabilidad es una lista de divulgaciones de su información médica por parte de CCDA a terceros, excepto que las divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, divulgaciones hechas o autorizadas por usted y ciertas otras divulgaciones no forman parte de la contabilidad. La contabilidad cubre hasta seis años antes de la fecha de su solicitud. Puede solicitar un informe que cubra un período que sea inferior a seis años. Pregúntenos cómo obtener una lista de divulgaciones. Proporcionaremos una contabilidad por año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra lista dentro de los 12 meses.

Derecho a que otra persona actúe por usted

Puede hacer que otra persona ejerza sus derechos si esa persona está legalmente autorizada para hacerlo. Por ejemplo, le ha otorgado a esa persona un poder legal médico o esa persona es su guardián legal. Un padre puede ejercer los derechos de su hijo consintiendo al tratamiento o solicitando información de salud con ciertas limitaciones.

Derecho a una copia en papel de este aviso

Tiene derecho a una copia en papel de este Aviso, incluso si ha aceptado recibir este Aviso electrónicamente. También puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web en http://www.cdda.net/programs_freemedicalclinic.php.

Derecho a Quejarse

Tiene derecho a presentar una queja ante CCDA y / o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Si considera que se han violado sus derechos de privacidad. No tomaremos represalias ni discriminaremos en su contra; y no se le retendrán servicios, pagos o privilegios porque usted presente una queja. Para presentarnos una queja, envíe su reclamo por escrito (no es necesario que venga en persona para presentar una queja) a una de las direcciones identificadas al final de este Aviso.

Para presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Envíe una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llama [1-877-696-6755](tel:1-877-696-6755), o visita www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Este Aviso entra en vigencia a partir del 6 de diciembre de 2017.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. Cualquier cambio que realice se aplicará a toda su información de salud que mantenemos, incluida la información de salud que se creó o recibió antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio. Si hacemos un cambio a este Aviso, haremos disponible una copia en papel de la Notificación revisada a pedido, y publicaremos la Notificación revisada en nuestras ubicaciones y en nuestro sitio web en http://www.cdda.net/programs_freemedicalclinic.php.

PREGUNTAS

Si desea más información o tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con:

Alexandra Luevano, RN
Clinic Director
Mother of Mercy Free Medical Clinic
Catholic Charities Diocese of Arlington
9380 Forestwood Lane, Unit B
Manassas, VA 20110
P: 703.335.2779

Magdalene Ma
Directora, Garantía de Calidad
Catholic Charities Diocese of Arlington
200 N Glebe Road, Suite 250
Arlington, VA 22203
P:703.841.3830

Patient Name:		DOB	
----------------------	--	------------	--

DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

La siguiente información se proporciona para garantizar una comprensión clara y mutua de sus derechos y responsabilidades como cliente en el asesoramiento. Lea esta información cuidadosamente e inicie cada sección. Puede preguntar sobre cualquier información que no esté clara. Su firma e iniciales indican consentimiento.

DERECHOS DEL CLIENTE

TRATAMIENTO

Inicial _____ Usted tiene derecho a participar en el desarrollo de cualquier servicio personalizado o plan de tratamiento y el derecho a rechazar el tratamiento recomendado y / o los servicios de referencia. Sin embargo, Mother of Mercy Free Medical Clinic se reserva el derecho de finalizar los servicios y el tratamiento si se niega a participar en los servicios o tratamientos recomendados. Además, se realizará una referencia adecuada si sus necesidades exceden nuestros recursos como proveedor de clínica gratuita.

PROFESIONALISMO

Inicial _____ La Clínica Médica Gratuita Mother of Mercy está dedicada a proporcionar tratamiento y servicios basados en la comprensión católica de la persona humana que cumple con los más altos estándares de profesionalismo y responsabilidad ética. Usted tiene derecho a conocer las calificaciones profesionales de su proveedor de atención médica y puede inspeccionar una copia de sus credenciales, o solicitar una copia de las credenciales de su supervisor, en cualquier momento y puede solicitar información sobre su capacitación y experiencia.

CONFIDENCIALIDAD

Inicial _____ La clínica médica gratuita Mother of Mercy toma en serio su privacidad. La información del cliente no será divulgada ni revisada con ninguna persona ajena a la agencia, excepto en la autorización específica por escrito del cliente o representante personal. Tenga en cuenta que si dos adultos se ven juntos, todas las partes deben dar permiso por escrito para divulgar o revisar la información solicitada.

La Clínica Médica Gratuita Mother of Mercy cumple con todas las regulaciones federales HIPAA con respecto a la información de salud protegida. Su información de salud se trata como confidencial, tal como se describe en nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad*.

Con el fin de proporcionar el mejor servicio posible, su proveedor de atención médica puede consultar con otros médicos de vez en cuando. Además, las normas de Garantía de Calidad de CCDA requieren una revisión de una muestra aleatoria de registros de clientes trimestralmente. Consulte al director de la clínica si tiene alguna pregunta sobre estos procesos. Para obtener una explicación completa de las protecciones y excepciones de confidencialidad, consulte el *Aviso de Prácticas de Privacidad* que se adjunta.

DIVULGACIONES

Inicial _____ Usted tiene derecho a acceder a su registro de salud o dar permiso para divulgar información con otras personas. Las autorizaciones deben completarse en consulta con el director de la clínica y usted tiene el derecho de revocar una autorización en cualquier momento por escrito antes de la divulgación de la información.

QUEJAS

Inicial _____ Si tiene dudas o quejas sobre la conducta de su proveedor de atención médica o sobre el tratamiento o los servicios que recibe, tiene derecho a comunicarse con el Director de la Clínica y / o el Director de Servicios Clínicos. Puede presentar una queja por escrito y obtener una respuesta por escrito que sea rápida, bien considerada y personal.

RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

CANCELACIONES

Inicial _____ Usted es responsable de establecer y mantener las citas programadas. Si no se presenta a una cita o no avisa con 24 horas de anticipación (sin incluir el horario de fin de semana) de varias ocurrencias, se suspenderán los servicios. Puede haber un retraso significativo en la reanudación de los servicios y es posible que no se le garanticen los servicios en la clínica.

CORREO ELECTRÓNICO

Inicial _____ La Clínica Médica Gratuita Mother of Mercy no utiliza el correo electrónico para realizar servicios médicos, lo que incluye el diagnóstico, la consulta o el tratamiento de clientes. Esto incluye correo electrónico, mensajes de texto, Skype, Face Time u otros métodos. El correo electrónico no es una forma segura de comunicación y no brinda la calidad de servicio necesaria.

Si se intercambian correos electrónicos que contienen información de salud protegida clínicamente relevante, la información se convertirá en parte del registro de salud mental. Estos correos electrónicos se pueden divulgar de acuerdo con autorizaciones futuras o requisitos legales. Los mensajes de correo electrónico clínicamente relevantes se documentarán en el registro médico de salud. El correo electrónico forma parte del registro cuando contiene información de salud identificable o contiene información que puede ser utilizada por los proveedores de atención médica de cualquier forma para realizar una evaluación, diagnóstico o recomendación sobre su salud. La información altamente confidencial o personal solo se debe comunicar en persona o por teléfono; el correo electrónico no es el método preferido para comunicarse con la clínica médica gratuita Mother of Mercy.

CUIDADOS DE EMERGENCIA

Inicial _____ La clínica médica gratuita Mother of Mercy no es un servicio de emergencia. Si tiene una emergencia, llame al **9-1-1** o **vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano**.

		Pt. ID	
Patient Name:		DOB	

CONSENTIMIENTO PARA RECORDATORIOS DE CITA A TRAVEZ DE CORREO ELECTRÓNICO O USO DE TEXTO PARA

Los pacientes de la Clínica Médica Gratuita Mother of Mercy pueden ser contactados por correo electrónico y/o mensajes de texto para recordarle de sus citas. Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto de la clínica en mi teléfono celular o correo electrónico para recibir la comunicación indicada anteriormente. Entiendo que esta solicitud para recibir mensajes de texto y correos electrónicos se aplicará a los recordatorios de citas futuras, a menos que solicite un cambio por escrito.

El número de celular que autorizo para recibir mensajes de texto es _____.

El correo electrónico que autorizo para recibir mensajes es _____.

Firma del cliente Fecha

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

He sido informado sobre las prácticas de privacidad de la Diócesis de Caridades Católicas y entiendo mis derechos. Entiendo las protecciones y excepciones a la confidencialidad que pueden aplicarse a mi información de salud. Reconozco que se me ha entregado una copia del Aviso de prácticas de privacidad y entiendo que puedo hacer preguntas en cualquier momento durante mis servicios.

Firma del cliente Fecha

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con mis derechos y responsabilidades, y proporcioné mis iniciales. También reconozco que he recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Cliente para mis registros.

Firma del cliente Fecha

Firma del representante de CCDA Fecha