

CENTERSTONE ENTIDAD CUBIERTA AFILIADA

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar la información sobre su salud, salud mental y abuso de sustancias y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor, revíselo con cuidado

ENTIDADES AFILIADAS CUBIERTAS POR ESTE AVISO

Este Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso") cubre una Entidad Cubierta Afiliada (siglas en inglés "ACE"). Cuando esta Notificación se refiere a "Centerstone ACE" y/o "Centerstone", se refiere a las siguientes entidades:

- Centerstone America
- Centerstone Florida
- Centerstone Illinois
- Centerstone Indiana
- Centerstone Kentucky
- Centerstone Tennessee
- Centerstone Research Institute (Instituto de Investigación)
- Advantage Behavioral Health (Salud del Comportamiento)
- Centerstone Military Services (Servicios Militares)

Centerstone ACE se compromete a proteger la privacidad y la seguridad de su información médica, de salud mental y de abuso de sustancias. La ley nos exige que mantengamos la privacidad y seguridad de su información médica, que le proporcionemos este aviso y que cumplamos con sus términos. Las prácticas de privacidad de este aviso se aplican a todo el personal, estudiantes, voluntarios, personal contratado y socios comerciales y/o organizaciones de servicios calificados.

Si en cualquier momento usted tiene preguntas o inquietudes acerca de la información contenida en esta notificación o acerca de nuestras políticas, procedimientos o prácticas de privacidad, puede ponerse en contacto con Centerstone utilizando la información proporcionada en la última página de esta notificación.

Sus Derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Revisar sus expedientes médicos u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico.	➤ Puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su información médica que tenemos sobre usted. Puede enviar su solicitud por escrito al oficial de Cumplimiento y Privacidad como se describe a continuación. Le proporcionaremos una copia o resumen de su información médica, generalmente dentro de los 30 días siguientes a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ También puede solicitar la revisión de su expediente médico. Se le dará acceso a su expediente para que lo revise junto con su proveedor de tratamiento.
<p>Solicitar corregir su expediente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puede pedirnos que corrijamos la información sobre su salud que considere incompleta o incorrecta. Puede hacerlo poniéndose en contacto con nuestro Oficial de Cumplimiento y Privacidad por escrito, como se describe a continuación, para hacer su solicitud, que debe incluir una razón para la solicitud. ➤ Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos la razón por escrito dentro de 60 días, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • La información no fue creada por nosotros; • La información no forma parte de la información que guarda Centerstone o para Centerstone; • La información no es parte de la información que se le permitiría revisar y copiar; o • La información en el registro es precisa y completa.
<p>Solicitar comunicaciones confidenciales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o de la oficina) o que enviemos correo a una dirección diferente. ➤ Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de Centerstone, como se describe a continuación. No le preguntaremos la razón de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos pongamos en contacto con usted. ➤ Por lo general, aprobaremos las solicitudes razonables.
<p>Solicitar que limitemos lo que usamos o compartimos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puede pedirnos que no utilicemos o compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. ➤ No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectaría a su cuidado. ➤ Si usted paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad y antes de que se proporcione el artículo o servicio, puede pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora con el propósito de

	<p>pago o nuestras operaciones. Diremos "sí" a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.</p>
<p>Obtener una lista de aquellos a quienes le hemos compartido su información médica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puede pedir una lista (contable) de las veces que hemos compartido su información durante 6 años antes de la fecha en que nos la solicito y por qué la compartimos. ➤ Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos pidió que hiciéramos). Proporcionaremos una (1) rendición de cuentas al año sin cargo, pero cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si usted solicita otra dentro de los 12 meses.
<p>Obtener una copia del aviso de privacidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puede solicitar una copia de esta notificación en papel en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir la notificación electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel rápidamente.
<p>Escoger a alguien que actúe a nombre suyo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si usted le ha dado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. ➤ Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar medidas.
<p>Presentar quejas de manera formal en caso que considere que se le han violado sus derechos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información de la última página de este aviso. <p>Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., llamando al 1-877-696-6775, o visitando la página www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus preferencias

Para cierta información de salud, puede decirnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una clara preferencia por la forma en que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de solicitar:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Compartir la información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado. ➤ Compartir información en una situación de ayuda en caso de desastre. ➤ Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave o inminente para su salud o seguridad. ➤ Centerstone no crea ni mantiene un directorio de instalaciones.
En estos casos, nosotros nunca compartimos su información a menos que usted nos de su permiso por escrito:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Propósitos de mercadeo. ➤ Venta de su información médica. ➤ La mayoría de las notas de psicoterapia compartidas, en la medida en que existen.
En caso de recaudación de fondos:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Podemos contactarlo para recaudar fondos, pero puede decirnos que no lo volvamos a hacer.

Ejerciendo sus derechos/Haciendo sus elecciones

Cualquier solicitud y/o ejercicio de sus derechos, como se describe en este aviso, puede hacerse proporcionando una notificación por escrito al Oficial de Privacidad, como se describe a continuación.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo utilizamos o revelamos típicamente su información médica? Normalmente utilizamos o compartimos su información médica, sin su autorización, de las siguientes maneras:

Para tratarlo medicamente	Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que lo están tratando.	Ejemplo: Un médico que lo está tratando le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.
Para facturar por servicios otorgados	Podemos usar y compartir su información médica para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades.	Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

Para administrar nuestra organizacion	Podemos usar y compartir su información de salud para administrar Centerstone y mejorar la calidad de su atención; para responder a auditorías e investigaciones; para fines de licencia.	Ejemplo: Usamos la información sobre su salud para administrar su tratamiento y servicios; para evaluar nuestro desempeño en la prestación de servicios.
---------------------------------------	---	---

Otros usos y divulgaciones

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica? Se nos permite u obliga a compartir su información de otras maneras, normalmente de forma que se contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con todas las condiciones de la ley aplicable antes de poder compartir su información para estos fines. Tales condiciones pueden ser impuestas por las leyes y regulaciones federales* y/o estatales**. Los miembros de la Centerstone ACE en Tennessee no están autorizados a divulgar la información identificada a continuación con triple asterisco (***) sin su autorización específica.

Para mas informacion visite :

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda en cuestiones de salud pública y seguridad	<p>➤ Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevención de enfermedades. - Ayudar con la retirada de productos. - Reportando reacciones adversas a los medicamentos. - Informar sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica. - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de alguien siempre y cuando: <ul style="list-style-type: none"> ○ La revelación se haga a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza, y ○ Sólo en las condiciones descritas por la ley estatal aplicable.
Investigacion	<p>➤ Podemos usar o compartir su información para la investigación de la salud, siempre que se cumplan ciertas condiciones.</p>
Cumplir con la ley	<p>➤ Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.</p>

<p>Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos***</p>	<p>➤ Podemos compartir información sobre su salud con organizaciones de obtención de órganos.</p>
<p>Trabajar con un examinador medico o director de funeraria***</p>	<p>➤ Podemos compartir información de salud con un forense, un examinador médico o un director de funeraria cuando una persona muere.</p>
<p>Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests***</p>	<p>➤ Podemos usar o compartir información médica sobre usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para reclamos de compensación laboral; - Para propósitos de cumplimiento de la ley con un oficial de la ley; - Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley; - Para funciones especiales del gobierno, como la autoridad militar y de veteranos, seguridad nacional y servicios de protección presidencial. ***
<p>Responder a demandas o acciones legales.</p>	<p>➤ Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa.</p>
<p>Comunicacion referente a reclusos en una institucion correccional.</p>	<p>➤ Si usted es un recluso en una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su información médica a la institución correccional o al oficial de la ley si la divulgación de la información es necesaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para que la institución o el centro correccional le proporcione atención médica; • Para proteger su salud o seguridad o la salud o seguridad de otros; o • Para la seguridad del centro o institución correccional.
<p>Comunicación con la familia</p>	<p>➤ Si usted recibe servicios en un ambiente de hospitalización o residencial, podemos, según lo permitido por la ley estatal, revelar a un miembro de la familia u otro pariente, amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, información de salud relevante a la participación de esa persona en su cuidado o en el pago relacionado con su cuidado.</p>

****Leyes Federales /Regulaciones**

Ciertas leyes federales /reglamentos limitan aún más la forma en que podemos usar o compartir su información médica. Si se requiere su consentimiento por escrito bajo las leyes más restrictivas, el consentimiento debe cumplir con las reglas particulares de la ley federal o estatal aplicable.

Programas de tratamiento para el abuso de alcohol y sustancias.

Centerstone ofrece programas de tratamiento para el abuso de alcohol y sustancias y está obligado a cumplir con las regulaciones federales (42 CFR Parte 2) que imponen estrictas limitaciones sobre la forma en que la información sobre la salud de la Parte 2 puede ser utilizada o divulgada para los individuos que están recibiendo cualquier tipo de tratamiento relacionado con el abuso de alcohol, drogas o sustancias. Para estos programas, Centerstone sólo usará o divulgará la información de salud de la Parte 2 sin su autorización si:

- Existe un acuerdo con una Organización de Servicios Calificados que autoriza que se comparta la información de salud de la Parte 2;
- La comunicación es entre un programa o una entidad que tenga control administrativo sobre el programa; o
- Existe una situación que requiere que se haga un informe obligatorio a las autoridades competentes.

Sólo se autoriza la divulgación de la información sobre la salud de la Parte 2 si se ha proporcionado una autorización por escrito para hacerlo, a menos que:

- Se trate de personal médico para atender una emergencia médica de buena fe; o
- Un personal calificado requiere la información de salud de la Parte 2 para llevar a cabo investigaciones, auditorías o evaluaciones de programas, y ningún informe puede identificarlo directa o indirectamente de ninguna manera; o
- Según lo autorizado por un tribunal competente apropiado, previa solicitud que demuestre una causa justificada.

** Leyes Estatales o Regulaciones

Ciertas leyes/reglamentos estatales limitan aún más la forma en que usamos o compartimos su información médica.

*** Informacion de Salud Mental	Miembros de Centerstone ACE en Tennessee no tienen permitido divulgar la informacion identificada arribab con tres asteriscos (***) sin su autorizacion especifica.
VIH/ SIDA	Miembros de Centerstone ACE en Indiana pueden divulgar informacion relacionada con VIH-SIDA solo como lo sea permitido por la ley de Indiana. Miembros de Centerstone ACE en Florida pueden divulgar informacion relacionada con VIH-SIDA solo como lo sea permitido por la ley de Florida.
Enfermedades de transmision sexual y salud reproductiva	Miembros de Centerstone ACE en Indiana pueden divulgar informacion relacionada con enfermedades de transmision sexual y/o salud reproductiva solo como lo sea permitido por la ley de Indiana.
Enfermedades contagiosas	Miembros de Centerstone ACE en Indiana pueden divulgar informacion relacionada con enfermedades contagiosas solo como lo sea permitido por la ley de Indiana.

Nuestras Responsabilidades

- **Privacidad y seguridad.** La ley nos exige que mantengamos la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- **Notificación de infracción.** Le informaremos rápidamente si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información médica. En ningún caso la notificación será más de 60 días a partir de la fecha de la violación.
- **Cumplimiento.** Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- **Autorización requerida.** No utilizaremos ni compartiremos su información médica de manera distinta a la descrita aquí a menos que usted nos indique, por escrito, que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos hacerlo, tiene derecho a cambiar de opinión en cualquier momento comunicándonos por escrito que ha cambiado de opinión. Esto no se aplicará a las divulgaciones que ya hayan ocurrido con su autorización.

Para mas informacion referente a sus derechos y nuestras responsabilidades, por favor contacte a nuestro Oficial de Privacidad or visite:

www.hhh.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted, así como a cualquier información que recibamos en el futuro. El nuevo Aviso estará disponible a petición, en nuestras instalaciones y en nuestro sitio web: www.centerstone.org. Además, mostraremos una copia del aviso actual en áreas comunes dentro de las instalaciones de Centerstone. Cada vez que se registre o sea admitido en Centerstone para recibir tratamiento o

servicios de atención médica como paciente interno o externo, le ofreceremos una copia de la notificación vigente.

COMO QUEJARSE ACERCA DE NUESTRAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja a Centerstone o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante Centerstone, por favor llame o escriba al Oficial de Privacidad identificado a continuación. Para presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, envíe una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201 llamando al 1-800-368-1019, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

NO SE LE PENALIZARA SI USTED PRESENTA UNA QUEJA!!

Personas a contactar con respecto a este Aviso

El contacto de Centerstone para todos los asuntos relacionados con la privacidad del cliente y sus derechos bajo los estándares federales de privacidad es el Oficial de Conformidad y Privacidad. La información relativa a los asuntos cubiertos por esta notificación puede ser solicitada contactando al Oficial de Conformidad y Privacidad. Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados por Centerstone, puede presentar una queja a nuestro Oficial de Cumplimiento y Privacidad enviándola a la dirección indicada o llamando a los números de teléfono que aparecen a continuación:

Si usted recibe servicios en la Florida , por favor contacte:	Oficial de Conformidad y Privacidad Centerstone Florida 391 6th Avenue West Bradenton, FL 34206 Telefono: 941-782-4299 Ext. 4320 Fax: 941-782-4301
Si usted recibe servicios en la Illinois , por favor contacte:	Oficial de Conformidad y Privacidad Centerstone Illinois 902 West Main Street., West Frankfort, IL 62896 Linea Telefonica gratuita: 1-855-608-3560 Ext. 7758 Fax: 618-937-1440
Si usted recibe servicios en la Indiana , por favor contacte:	Oficial de Conformidad y Privacidad Centerstone of Indiana 720 North Marr Rd. Telefono: 812-314-3415 Fax: 812-376-4875
Si usted recibe servicios en la Kentucky , por favor contacte:	Oficial Administrativo en Jefe Centerstone of Kentucky 10101 Linn Station Road, Suite 600 Louisville, KY 40223 Telefono: 502-589-8615 Ext 1271 Fax: 502-589-8745

Si usted recibe servicios en la Tennessee , por favor contacte:	Oficial de Conformidad y Privacidad Centerstone 44 Vantage Way, Suite 400, Nashville, TN 37228 Telefono: 1-888-460-4001 Fax: 615-460-4107
--	--

Fecha efectiva de este Aviso: 20 de Diciembre, 2019

CONSTANCIA DEL CLIENTE

Al firmar abajo, el Cliente reconoce que ha recibido una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del Cliente

Nombre impreso del cliente

Si usted esta firmando a nombre del Cliente, por favor indique su relacion con el cliente o en que capacidad representa al Cliente.

Representante: _____
Firma

Relacion

Fecha: _____

Fecha efectiva de este Aviso: 20 de Diciembre, 2019