



Aviso Sobre Prácticas de Privacidad de Información

Region 6 Behavioral Healthcare, 4715 South 132nd Street, Omaha, NE 68137

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA. FAVOR DE, REVISARLA CUIDADOSAMENTE.

Este aviso se emite y entra en vigencia el 14 de abril del 2003

USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE MANTENEMOS SOBRE USTED:

- ❖ **Derecho De Examinar Y Copiar.** Usted tiene el derecho de examinar y copiar la información médica que se puede utilizar para tomar decisiones sobre su cuidado médico. Generalmente, esto incluye expedientes y cuentas médicas pero no incluye los apuntes de la psicoterapia.

Para inspeccionar y copiar su información médica, usted tiene que someter su solicitud por escrito a la atención del encargado de su caso, a la dirección en el encabezado de este aviso. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrarle una cuota para el costo de copiar, enviar, o proveer otro servicio asociado con su solicitud. En ciertas circunstancias muy limitadas podemos negar la petición de examinar y copiar. Si se le negara acceso a la información médica, usted podría solicitar que repasemos la negación. Para mayor información, comuníquese con el Oficial de Privacidad de Región 6, al (402) 546-1196.

- ❖ **Derecho de Enmendar.** Si cree que la información médica sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedir que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras que la información es mantenida por o para la Región 6. Para solicitar una enmienda, su petición tiene que ser por escrito y sometida al Oficial de Privacidad de Región 6, a la dirección en el encabezado de este aviso. Además, usted tiene que dar una razón que apoye su petición. Podemos negar su petición para una enmienda si no es por escrito o no incluye una razón que apoye la petición. Además, podemos negar su petición si usted pide que enmendemos la información que:

- No fue desarrollada por nosotros, a menos que la persona o entidad que desarrolló la información ya no está disponible para hacer la enmienda;
- No es parte de la información médica mantenida por o para la Región 6;
- No es parte de la información que se le permitiría a usted examinar y copiar; o
- Es exacta y completa.

- ❖ **Derecho a Un Historial de Divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar un 'historial de divulgaciones'. Es una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información médica. Para solicitar la lista, usted tiene que someter su solicitud por escrito al encargado de su caso, a la dirección en el encabezado de este aviso. Su petición tiene que indicar un plazo de tiempo que no puede exceder más de seis (6) años y no puede empezar antes del 14 de abril del 2003. Su solicitud debe indicar en qué forma usted quiere que se le proporcione la lista: por ejemplo, como documento o por fax.

- ❖ **Derecho de Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que utilizamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago, u operaciones administrativas del cuidado médico. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite sobre la

Aviso Sobre Prácticas de Privacidad de Información

información médica que divulgamos sobre usted a alguien que está participando en su cuidado médico o el pago por ello, así como un miembro de la familia o un amigo. Por ejemplo, usted puede pedir que no utilicemos o divulguemos información de su diagnóstico.

No estamos obligados a cumplir con su solicitud para restricciones. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que se necesitara la información para proporcionarle tratamiento urgente. Para solicitar restricciones, usted tiene que hacer su petición por escrito al oficial de privacidad de la Región 6, a la dirección en el encabezado de este Aviso. En su petición usted tiene que decirnos: (1) cuál información usted desea limitar, (2) si usted desea limitar nuestro uso, divulgación, o ambas cosas; y (3) a quién quisiera que se aplicaran los límites; por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

- ❖ **Derecho A Revocar El Permiso.** Si usted nos dio permiso de utilizar o divulgar su información médica, puede revocarlo por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su permiso, no utilizaremos ni divulgaremos esta información sobre usted por las razones dadas en su autorización escrita. Usted entiende que no podemos retractar cualquier divulgación que ya habíamos hecho anteriormente con su permiso, y que tenemos la obligación de conservar nuestros expedientes del cuidado médico que le proporcionamos.
- ❖ **Derecho de Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que le contactemos solamente en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted tiene que hacer solicitud por escrito al encargado de su caso, a la dirección en el encabezado de este Aviso. No le pediremos la razón para la petición. Acomodaremos toda solicitud razonable. Su solicitud tiene que especificar cómo o donde desea que nos comuniquemos con usted.
- ❖ **Derecho A Una Copia En Papel De Este Aviso.** Usted tiene el derecho a una copia en papel de este aviso. Usted puede pedir que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso, si usted ha acordado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Para obtener una copia en papel de este aviso, llame al (402) 444-6573 durante las horas hábiles regulares. Usted puede obtener también una copia de este aviso en nuestro sitio web, <http://www.regionsix.com>.

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados, puede someter una queja al oficial de privacidad de Región 6. De lunes a viernes a partir de las 8:00 de la mañana hasta las 5:00 de la tarde, excepto los días feriados del estado, a la dirección en el encabezado de este aviso, o con el Secretario del Departamento federal de salubridad y servicios humanos, Oficina de Derechos Civiles: **Office of Civil Rights, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201, 1-866-OCR-PRIV (627-7748), 1-866-778-4989-TTY.** No le penalizarán por someter la queja.

Cambios al Aviso de las Prácticas de la Información

La Región 6 se reserva el derecho de enmendar este aviso en cualquier momento en el futuro. Hasta que se haga tal enmienda, la Región 6 tiene la obligación por ley de seguir los términos de este Aviso. Si este Aviso cambiara, una copia de la versión revisada estará disponible en las oficinas de Región 6.



Aviso Sobre Prácticas de Privacidad de Información

Este aviso satisface los requisitos del "aviso" según las Reglas finales sobre privacidad de la Ley de 1996 de la portabilidad y responsabilidad de seguro médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 - HIPAA*).