



Aviso de prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices)

Este aviso describe cómo su información de salud se puede usar o divulgar. También describe sus derechos para acceder a esta información. Por favor léala atentamente.

Sus derechos respecto a su información de salud

Tiene los siguientes derechos conforme a las leyes federales y de Illinois:

- **Derecho a inspeccionar y copiar.** Tiene el derecho de inspeccionar su expediente clínico generado por el Youth & Family Counseling y sus proveedores. Sin embargo, podemos solicitar que esta inspección se realice con su terapeuta o el Director de Servicios Clínicos. Puede solicitar una copia de su expediente clínico. Se le cobrará una tarifa razonable por las copias y el franqueo. El expediente clínico original es propiedad del Youth & Family Counseling y nunca se entrega.
- **Derecho a divulgar el expediente clínico y la información protegida de salud.** Usted puede dar su consentimiento por escrito para divulgar una copia de su expediente clínico. Su consentimiento es revocable en cualquier momento, pero solo se aplica a las divulgaciones futuras, y no a las divulgaciones previamente autorizadas. Excepto como se describe en este aviso, o lo requerido por las leyes federales o de Illinois, no podemos divulgar su información protegida de salud sin su consentimiento por escrito.
- **Derecho a modificar su expediente clínico.** Si cree que algo en su expediente es incorrecto o incompleto, puede solicitar que lo modifiquemos. Para hacer esto, comuníquese con el Director de Servicios Clínicos. Podemos negar su solicitud de modificar su información si no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. No estamos obligados a hacer todas las modificaciones solicitadas, pero cada solicitud será considerada atentamente. Si su solicitud es denegada, tiene derecho a presentarnos una declaración sobre sus desacuerdos u objeciones. Esta declaración se adjuntará a su expediente clínico.
- **Derecho a un informe de divulgaciones o filtración de información.** Tiene derecho a pedirnos una contabilidad de las divulgaciones. Esta es una lista de aquellas personas o entidades que han recibido información sobre su salud. La lista no indicará la información de salud que se divulgó a usted o a su representante personal, ni a otras personas con su permiso. No cubrirá la información de salud que se divulgó con el fin de proporcionarle atención, facilitar el pago de sus servicios de atención médica y para ayudar al Youth & Family Counseling en sus operaciones. Y no incluirá información que estamos obligados a divulgar según las leyes o una orden judicial.

Para recibir información acerca de las divulgaciones hechas por un período de tiempo específico (no más de seis años), envíe su solicitud por escrito a nuestro Director de Servicios Clínicos o al Director Ejecutivo. Le notificaremos de los costos involucrados en la preparación de esta lista.

Tenga en cuenta que los expedientes clínicos se conservarán solo durante siete años después de que la terapia finaliza para los adultos, y siete años después de la mayoría de edad (18 años) para los menores de edad. Después de siete años, serán destruidos.



Aviso de prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices)

Tiene el derecho a ser notificado si hay una filtración de su información protegida de salud sin garantía. Esto incluiría información que pueda derivar en el robo de identidad. Se le notificará si hay una filtración o una violación de la Regla de Privacidad HIPAA, y si hay una determinación de que su información protegida puede verse comprometida.

Uso y divulgación de información protegida de salud

Con el fin de brindarle atención de manera eficaz, hay situaciones en las que tendrá que compartir su información de salud con otras personas más allá del Youth & Family Counseling. Éstas incluyen:

- **Para tratamiento** Podemos usar o divulgar su información de salud para proporcionar, coordinar o administrar su asesoría, terapia y servicios relacionados. Por ejemplo, su información se podría compartir con un médico u otros profesionales de la salud que también se ocupan de su atención. **Sin embargo, bajo las leyes de Illinois, excepto en situaciones de emergencia, no podemos divulgar su información de salud sin su consentimiento.** Vamos a abordar con usted las situaciones en las que nos gustaría compartir su información de salud, y solicitaremos su consentimiento por escrito para hacerlo. Estos consentimientos especifican la persona o la entidad con quién se compartirá la información, el propósito o la necesidad de la información, qué información se compartirá y las limitaciones de tiempo. Su consentimiento se puede revocar en cualquier momento, y usted tiene el derecho de inspeccionar y solicitar una copia de cualquier información escrita que se divulgará. Las situaciones de emergencia incluyen aquellas en las que existe un riesgo para la salud o la seguridad de los pacientes u otras personas.

Para los menores de 12 años, los padres, tutores o el agente con un poder notarial de salud, podrán autorizar la divulgación de información. Los mayores de 12 y menores de 18 años, serán informados y se les preguntará si se oponen a la divulgación de su información. Si se oponen, su información protegida de salud no se divulgará.

Además, el terapeuta del menor puede considerar que hay razones convincentes para denegar el acceso o la divulgación de información, y puede negar su divulgación. Las razones convincentes incluyen, entre otras, el mejor interés clínico del menor, o un conflicto legal de custodia donde se pueden solicitar evaluaciones independientes en otra parte y que no comprometerían la relación terapéutica con el menor.

- **Para pagos.** Podemos usar o divulgar su información de salud para que los tratamientos y servicios que recibe se puedan facturar y el pago se pueda cobrar a usted, una aseguradora o a un tercero. Como parte de nuestro proceso de admisión, le pediremos su permiso verbal para comunicarnos con su aseguradora con el fin de verificar la cobertura y para obtener autorización para los servicios. Si se utilizará un seguro, una vez que usted se convierte en un paciente del Youth & Family Counseling, se le pedirá que nos otorgue una autorización por escrito para presentar reclamaciones en su nombre. En la tramitación de las reclamaciones ante la aseguradora por los servicios, el Youth & Family Counseling se compromete a proporcionar solo la información mínimamente necesaria requerida. Si paga de su bolsillo en su totalidad por servicios brindados,



Aviso de prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices)

tiene el derecho de restringir ciertas divulgaciones de su información protegida de salud a su aseguradora.

- **Para operaciones de atención médica.** Podemos utilizar o divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica, que incluyen, entre otras, las siguientes: evaluación y mejora de la calidad; funciones relacionadas con la terapia, como la programación de citas; o capacitación profesional, acreditación, certificación, licencias o credenciales.
- **Para personas que participan en su cuidado o pagos por su atención.** Con su consentimiento por escrito, podemos divulgar la información mínimamente necesaria sobre usted a su familia u otras personas que usted identifique que están involucradas en su cuidado o que ayudan a pagar por sus cuidados.

En una situación de emergencia, podemos ejercer nuestro juicio profesional para determinar si las comunicaciones sobre usted son en su mejor interés, quién es la persona de contacto apropiada y qué información de salud es relevante para su participación en su atención médica. Si ha identificado a un contacto de emergencia, se hará todo lo posible para ponerse en contacto con esa persona primero.

- **Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad.** Según lo requerido por las leyes, podemos divulgar información sobre su salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad, o la salud y seguridad de otras personas. Cualquier divulgación de este tipo, sin embargo, se haría solamente a una persona con la capacidad para prevenir la amenaza.
- **Otras comunicaciones con usted.** Podemos usar y divulgar su información de salud para contactarlo en la dirección y los teléfonos que nos proporcionó respecto a citas programadas o canceladas, actualizaciones de registro o de seguros, y asuntos de facturación y/o pagos. A menos que nos indique de otra manera, podemos dejar mensajes acerca de sus citas u otros recordatorios en su teléfono o con una persona que contesta el teléfono.
- **Según lo requiera la ley.** Podemos divulgar su información de salud si un tribunal lo ordena. Su información de salud no está sujeta a una citación sin una orden judicial, sin embargo, todos los proveedores de YFC son informantes obligatorios. La ley exige que denuncien sospechas de abuso y abandono de niños o ancianos. Deben advertir y proteger cuando creen que existe un peligro inmediato de daño a alguien, incluyendo la violencia doméstica. Los informes obligatorios podrían involucrar a la policía y las agencias del orden. Si se comete un delito en nuestras instalaciones o en contra de nuestro personal, podemos compartir información con la policía y las agencias del orden para detener a los criminales.
- **Actividades criminales y amenazas de peligro a otras personas, en el presente y pasado.** Podemos compartir información con la policía para detener a un criminal, si un crimen está ocurriendo actualmente, se ha cometido en nuestras instalaciones o en contra de nuestro personal.

También tenemos el derecho a involucrar a la policía cuando creemos que existe un peligro inmediato para



Aviso de prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices)

alguna persona identificable y puede producirse de forma inminente. Sin embargo, la información de actividades delictivas pasadas que se comparten en la terapia está protegida por confidencialidad y no se divulgará sin su permiso por escrito.

- **Actividades de supervisión médica y funciones gubernamentales especializadas.** Podemos divulgar información a las autoridades u organismos gubernamentales de salud para actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones o inspecciones de expedientes clínicos de Medicare o entidades certificadoras. Cuando los servicios son financiados por el gobierno, podemos divulgar información para la coordinación de su atención.
 - **Médicos forenses.** Podemos divulgar información sobre su salud a un médico forense si es necesario para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte.
- **Recaudación de fondos.** No utilizaremos su información de salud, por ejemplo, nombre, dirección o números de teléfono, para solicitar contribuciones. . No vamos a vender información protegida de salud de los pacientes por ningún motivo de comercialización. Tendrá la oportunidad de aceptar o rechazar la recepción de comunicaciones del YFC, que pueden incluir solicitudes de donaciones.

Preguntas y quejas

Si tiene alguna pregunta, o si desea presentar una queja, puede ponerse en contacto con el Director de Servicios Clínicos o el Director Ejecutivo. Todas las quejas se deben presentar por escrito.

Karin Peterson, Director of Clinical Operations, or
Janelle Moravek, Executive Director 1113 S.
Milwaukee Ave, Suite 104
Libertyville, IL 60048

Si cree que el Youth & Family Counseling ha violado sus derechos de privacidad, también puede comunicarse con cualquiera de las siguientes organizaciones:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Oficina de Derechos Civiles Comisión de Tutela y Defensoría de Illinois
Autoridad de Derechos Humanos de Illinois Autoridad Regional de los Suburbios del Norte
Departamento de Derechos Humanos de Illinois

No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Si desea obtener copias adicionales de esta política, puede solicitarlas de su terapeuta o en recepción.

Cambios en la Política

El Youth & Family Counseling se reserva el derecho de modificar su Aviso de prácticas de privacidad según las necesidades de la agencia y los cambios en las leyes estatales y federales.

Firme con su nombre a continuación para indicar que ha recibido estos Aviso de prácticas de privacidad.

Firma del cliente

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Firma del padre / tutor

Fecha