

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO SE PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

El Resource Center for Independent Living, Inc. (Centro de Recursos para la Vida Independiente) (RCIL), Living Independently is For Everyone, Inc. (LIFE at RCIL) (Vivir de Forma Independiente Es Para Todos), y At Home Independent Care (Atención Independiente en Casa) (AHIC) en adelante conocidos como "la Agencia" lo respetan a usted y a su privacidad. Nos comprometemos a mantener la confidencialidad de toda la información recibida o creada.

Queremos que usted tenga una comprensión clara de cómo usamos y protegemos su información. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información médica confidencial con el fin de llevar a cabo servicios, pagos y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de acceso y control de su información.

Por ley, estamos obligados a mantener la privacidad de su información médica confidencial y, a proporcionarle un aviso de las obligaciones legales y las prácticas de privacidad de su información médica confidencial.

Por información médica se entiende cualquier información, ya sea verbal o registrada en cualquier forma, creada o recibida por la Agencia, relacionada con la salud o el estado físico o mental del pasado, presente o futuro de una persona; con la prestación de asistencia médica a una persona o con el pago pasado, presente o futuro de la prestación de la asistencia médica a una persona.

Cómo Su Información Médica Confidencial Puede Ser Utilizada o Divulgada

La Agencia utiliza información médica confidencial sobre usted para fines de servicios, pagos y actividades normales de atención médica. Nosotros no requerimos autorización para usar su información médica confidencial para estos fines.

Servicios:

Para proporcionar atención y servicios relacionados con su salud, como trabajar con otras agencias involucradas en la prestación de los servicios. LIFE en RCIL son miembros de la Red de Salud Mental del Condado de Oneida y pueden intercambiar información con el propósito de coordinar los servicios.

Pago:

Información necesaria para facturación, seguro o compensación por los servicios, si es necesario. Nosotros podemos entregar la parte necesaria de su información médica confidencial a nuestro departamento de facturación y a su plan de salud para obtener el pago/reembolso de los servicios que le proporcionamos.

Actividades Comunes de Atención Médica:

Actividades que pueden incluir evaluación de calidad, evaluación del programa y auditoría.

Atención de Emergencia:

Para ayudarle a obtener tratamiento en caso de emergencia médica. Se requiere una autorización tan pronto como sea razonablemente posible después de la emergencia y el proveedor debe documentar las razones por las que no pudo recibir la autorización antes.

Cuando Sea Legalmente Necesario:

Si así lo exige la ley federal, estatal o local. Podemos entregar información cuando una ley requiera que reportemos información a agencias gubernamentales o al personal encargado de hacer cumplir la ley sobre víctimas de abuso, negligencia, violencia doméstica o para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad de una persona o del público.

Nosotros podremos proporcionar información médica confidencial a un miembro de la familia, amigo u otra persona que usted nos indique que esté involucrada en sus servicios o en el pago de sus servicios, **a menos que usted se oponga, total o parcialmente**. La oportunidad de dar su consentimiento puede obtenerse retroactivamente en situaciones de emergencia.

Cuando La Agencia No Pueda Usar o Divulgar Su Información Médica:

Con la excepción de lo descrito en este Aviso de Prácticas de Privacidad, no usaremos, ni divulgaremos su información médica sin su autorización por escrito. Si usted nos autoriza a usar o a divulgar su información médica para otro propósito, usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

Sus Derechos De Información Médica:

Usted tiene derecho a inspeccionar y a obtener una copia de su información médica.

Usted tiene derecho a solicitar restricciones a ciertos usos y divulgaciones de su información médica. No estamos obligados a aceptar la restricción solicitada.

Usted tiene derecho a solicitar que corrijamos su información médica. Y sólo se puede autorizar la corrección si la Agencia creó la información que se solicita modificar.

Usted tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información médica. Esto no incluirá ninguna fecha anterior al 13 de abril de 2003 y no podrá ser de más de seis años a partir de la fecha.

Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de su información médica confidencial y la forma en que se le enviará. Dentro de lo razonable, usted tiene derecho a solicitar que le enviemos información a una dirección alternativa (como solicitar que le enviemos información a su dirección de trabajo en lugar de su dirección de casa) o por medios alternativos (por ejemplo, por correo postal en lugar de correo electrónico, si dichos métodos están razonablemente disponibles).

Usted tiene derecho a una copia en papel de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Se le pedirá que firme un acuse de recibo de este Aviso.

Usted tiene derecho a quejarse si cree que sus derechos de privacidad han sido violados o si está insatisfecho con los servicios que está recibiendo. Usted no será penalizado de ninguna manera por presentar una queja. (Consulte nuestro Formulario de Quejas para obtener información sobre quejas internas y/o externas.)

La Agencia le proporcionará alguno o todos los formularios si usted lo solicita.

Cambios en este Aviso de Prácticas de Privacidad:

Nosotros estamos obligados al cumplimiento de los términos de este aviso que está actualmente en vigencia y nos reservamos el derecho de modificar este Aviso de Prácticas de Privacidad, en cualquier momento, en el futuro. Si se realiza alguna modificación, todas las personas actualmente activas en nuestros programas recibirán un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado, por correo o en su próxima reunión programada.

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a este aviso o si necesita más información, por favor comuníquese con el Departamento de Cumplimiento al (315) 797-4642, extensión. 2904 o escribiendo al RCIL, a la atención de Compliance Department (Departamento de Cumplimiento), RCIL, P.O. Box 210, Utica, NY 13503-0210.

<p>Oficina de RCIL en Utica 131 Genesee St. P.O. Box (Casilla de Correo) 210 Utica, NY 13503-0210 Teléfono (315) 797-4642 Fax (315) 797-4747</p>	<p>Oficina de RCIL en Herkimer Herkimer Business Park 420 E. German St., Suite 107 A Herkimer, NY 13350 Teléfono (315) 866-7245 Fax (315) 866-7280</p>
<p>Oficina AHIC 1607 Genesee St. P.O. Box (Casilla de Correo) 210 Utica, NY 13503-0210 Teléfono (315) 797-4642 Fax (315) 738-2703</p>	<p>Oficina de RCIL en Amsterdam 131 Maple Avenue Extension Ámsterdam, NY 12010 Teléfono (518) 842-3561 Fax (518) 842-0905</p>
<p>LIFE en la Oficina de RCIL 131 Genesee St. P.O. Box (Casilla de Correo) 210 Utica, NY 13503-0210 Teléfono (315) 797-4642 Fax (315) 797-4747</p>	<p>Sitio Web de RCIL: https://www.rcil.com</p>

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Agencia y entiendo mis derechos y responsabilidades como se explica en el mismo. **Por favor, escriba sus iniciales en ambas declaraciones a continuación.**

_____ Yo entiendo que la Agencia puede divulgar mi información médica confidencial con el fin de proveer servicios, recibir pagos y/o financiamiento para servicios, para actividades regulares de atención médica o en una situación de emergencia.

_____ Yo entiendo, sujeto a cualquier requisitos o limitaciones en la ley, que puedo pedir acceso a mi información médica confidencial; solicitar restricciones a la divulgación; solicitar corrección a mi información médica confidencial; Elegir cómo se envía mi información médica confidencial y a dónde; Yo puedo saber dónde mi información ha sido divulgada; y puedo presentar una queja si estoy insatisfecho con los servicios que estoy recibiendo o si siento que mis derechos de privacidad han sido violados.

Firma del Usuario/Participante:

Por favor, Escriba Nombre	Firma	Fecha
---------------------------	-------	-------

O Firma del Representante Designado o Padre/Tutor Legal: (Requerido si el participante es menor de edad – una persona menor de 18 años de edad)

Por favor, Escriba Nombre	Firma	Parentesco	Fecha
---------------------------	-------	------------	-------

Firma del Intérprete:

Por favor, Escriba Nombre	Firma	Fecha
---------------------------	-------	-------