



Open Sky Community Services  
 Oficina central  
 4 Mann Street  
 Worcester, MA 01602  
 508-755-0333  
<https://www.openskycs.org/>

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### **Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.**

**Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información de salud y cómo puede obtener usted acceso a esa información. *Por favor revíselo cuidadosamente.***

#### **I. Introducción**

Este *Aviso de prácticas de privacidad* describe cómo Open Sky Community Services puede utilizar y compartir o revelar su Información de Salud Protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, así como para otros fines permitidos o requeridos por la ley. Este aviso también describe sus derechos respecto a la información de salud que mantenemos sobre usted, y una breve descripción de cómo puede ejercer esos derechos. Este aviso también incluye nuestras responsabilidades en torno a la protección de su información médica.

"Información Médica Protegida" se refiere a la información de salud (incluida la información de identificación personal) que hemos recopilado o que hemos recibido de sus proveedores de atención médica, planes de salud, su empleador o un centro de intercambio de información sobre servicios médicos. Puede incluir información sobre su salud o afección mental o física pasada, presente o futura; la prestación de servicios de salud; y el pago por sus servicios de atención de salud.

La ley nos obliga a mantener la privacidad de su información médica y a proporcionarle este aviso. También estamos obligados a cumplir con los términos del presente *Aviso de prácticas de privacidad*.

#### **II. Sus derechos**

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

##### **Usted tiene el derecho de:**

<p><b>Obtener una copia electrónica o en papel de su historia médica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedir, ver u obtener una copia electrónica o en papel de su historia clínica y demás información de salud que tengamos sobre usted. Generalmente, esto incluye expedientes clínicos y documentos de facturación, pero no notas de psicoterapia.</li> <li>• Usted o su tutor legal deben presentar su solicitud a nuestro encargado de privacidad en Open Sky Community Services, 4 Mann Street, Worcester MA 01602</li> <li>• Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, normalmente dentro de los 30 días de presentarse la solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable, basada en los costos de las copias, del envío y de los suministros relacionados con su solicitud.</li> <li>• Podríamos “denegar” su solicitud para inspeccionar o copiar su información de salud en ciertas limitadas circunstancias. Usted tendrá derecho a que la denegación sea revisada por un profesional sanitario autorizado que no haya participado directamente en la decisión original</li> </ul>
--	---

	<p>de denegar el acceso. Le informaremos por escrito si la denegación de su solicitud puede revisarse. Una vez finalizada la revisión, respetaremos la decisión del revisor profesional de atención médica autorizado.</p>
<p><b>Solicitar que corrijamos su historia clínica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedirnos que corrijamos o modifiquemos la información de salud que considere incorrecta o incompleta.</li> <li>• Para solicitar una corrección o modificación, debe presentar un documento por escrito a nuestro encargado de privacidad en Open Sky Community Services, 4 Mann Street, Worcester MA 01602 y decirnos por qué cree que la información es incorrecta o inexacta.</li> <li>• Podemos denegar su solicitud de modificación por escrito y le informaremos el por qué en un plazo de 60 días.</li> <li>• Algunas de las razones por las que podemos negarnos a un cambio o enmienda son: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> si el pedido no es por escrito o si no incluye un motivo que respalde la solicitud;</li> <li><input type="checkbox"/> la información no fue creada por nosotros, a menos que el autor de esa información ya no esté disponible para hacer la enmienda;</li> <li><input type="checkbox"/> la información no forma parte de los datos de salud que mantenemos para tomar decisiones sobre su atención;</li> <li><input type="checkbox"/> la información no forma parte de los datos de salud que se le permitiría inspeccionar o copiar;</li> <li><input type="checkbox"/> La información es correcta y completa.</li> </ul> </li> <li>• Puede escribir una declaración escrita de desacuerdo con nuestra decisión. Si <i>no desea</i> preparar una declaración por escrito de su desacuerdo, puede solicitar que la enmienda peticionada y nuestra denegación se adjunten a todas las divulgaciones futuras de la información de salud indicada en su petición.</li> <li>• Si opta por enviar una declaración escrita de desacuerdo, tenemos el derecho de preparar una refutación a su declaración de desacuerdo. En este caso, adjuntaremos la petición escrita y la refutación (así como la petición original y la denegación) a todas las divulgaciones futuras de la información de salud indicada en su petición.</li> </ul>
<p><b>Solicitar comunicaciones confidenciales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al celular, o al teléfono de la casa o del trabajo) o que nos comuniquemos por correspondencia a otra dirección.</li> <li>• Accederemos a todas las peticiones razonables.</li> <li>• Para solicitar dicha comunicación confidencial, debe hacerlo por escrito al encargado de privacidad de Open Sky Community Services, 4 Mann Street, Worcester MA 01602 - (508) 755-0333.</li> <li>• No tiene que darnos un motivo para la solicitud, no obstante, debe especificar cómo y dónde desea que nos comuniquemos con usted.</li> </ul>
<p><b>Pedirnos limitar lo que usamos o compartimos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedirnos que "limitemos" la información y que no utilicemos ni compartamos determinada información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos negarnos si eso afecta la atención que le brindamos.</li> <li>• Si usted paga en su totalidad por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo, puede pedirnos que no compartamos esa información con su compañía de seguros para propósitos de pago o de nuestras operaciones.</li> <li>• Accederemos a menos que se nos obligue por ley a compartir esa información.</li> <li>• Para solicitar una limitación, debe incluirla (con nuestra aprobación) en el formulario de consentimiento de uso o divulgación o solicitar la limitación por escrito dirigida al encargado de privacidad de Open Sky Community Services, 4 Mann Street, Worcester MA 01602 (508) 755-0333.</li> </ul>
<b>Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedir una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que lo pide, con quién la hemos compartido y por qué.</li> <li>• Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos un informe anual gratuito, pero cobraremos una tarifa razonable según el costo si solicita otro en un plazo de 12 meses.</li> <li>• Para solicitar un informe de las divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito al encargado de privacidad en Open Sky Community Services, 4 Mann Street, Worcester MA 01602. La solicitud debe indicar el período de tiempo para el que desea recibir un informe.</li> </ul>
<b>Recibir una copia de este aviso de privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirla por vía electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa lo antes posible.</li> </ul>
<b>Elegir a alguien para que actúe en su nombre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si tiene un Apoderado para tomar decisiones médicas o un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.</li> <li>• Nos aseguraremos de que la persona tenga dicha autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.</li> </ul>
<b>Presentar una queja si considera que se han infringido sus derechos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede reclamar si cree que hemos infringido sus derechos. Para reclamar, comuníquese con nosotros utilizando la información de la página 1.</li> <li>• Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, por teléfono al 1-877-696-6775 o en línea en <a href="http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/">www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/</a>.</li> <li>• No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.</li> </ul>

### III. Sus opciones

En el caso de determinada información médica, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos. Notifíquenos si tiene una preferencia clara sobre cómo debemos compartir su información en las situaciones descritas a continuación. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

<p><b>En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de pedir que:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se comparta su información con su familia, allegados u otras personas involucradas en su cuidado</li> <li>• Se comparta su información en caso de una catástrofe</li> <li>• Se incluyan sus datos en el directorio del hospital</li> <li>• Nos comuniquemos con usted para recaudación de fondos</li> <li>• En caso de que no pueda indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario en caso una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.</li> </ul>
<p><b>En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para propósitos de marketing</li> <li>• Para la venta de su información</li> <li>• La mayoría de los intercambios de notas de psicoterapia</li> </ul>
<p><b>En el caso de la recaudación de fondos:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos, pero puede pedirnos que no volvamos a comunicarnos con usted para este propósito.</li> </ul>

### IV. Nuestras responsabilidades (usos y divulgaciones)

**¿Cómo solemos usar o compartir su información de salud?** Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

<p><b>Para su tratamiento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que le brinden tratamiento.</li> </ul>	<p><i>Ejemplo:</i> Un profesional que trabaja con usted le pregunta al personal de enfermería acerca de su estado general de salud.</p>
<p><b>Para el funcionamiento de nuestra organización</b></p>	<p>Podemos utilizar y compartir su información de salud para el ejercicio de nuestras actividades, para mejorar la atención que le brindamos y para comunicarnos con usted cuando sea necesario.</p>	<p><i>Ejemplo:</i> Utilizamos su información médica para gestionar su tratamiento y servicios.</p>
<p><b>Para la facturación de servicios</b></p>	<p>Podemos utilizar y compartir su información de salud para facturar y obtener pagos de los planes de salud u otras entidades.</p>	<p><i>Ejemplo:</i> Le damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague sus servicios.</p>

**¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir su información de salud?** Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, normalmente en formas que contribuyen al bien público, como la salud pública, la seguridad y estudios de investigación. Por ley, debemos cumplir con ciertas condiciones si se nos solicita compartir su información para estos fines. Para obtener más información vea: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

<p>Para ayudar con cuestiones de seguridad y salud pública</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir su información de salud en determinadas situaciones, por ejemplo, para:</li> </ul>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenir enfermedades</li> <li>• Colaborar con la retirada de productos</li> <li>• Notificar reacciones adversas a los medicamentos</li> <li>• Informar sobre sospechas de abuso, abandono o violencia doméstica</li> <li>• Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona</li> </ul>
<b>Para estudios de investigación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos utilizar o compartir su información para estudios de investigación médica.</li> </ul>
<b>Para acatar la ley</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este quiere comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.</li> </ul>
<b>Para colaborar con un médico forense o director de funeraria o responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir información médica con un médico forense, un examinador médico o un director de funeraria sobre una persona que recibe dichos servicios cuando fallece.</li> <li>• Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.</li> </ul>
<b>Para atender solicitudes de los seguros de compensación del trabajador, de las fuerzas del orden y de otras autoridades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos utilizar o compartir su información de salud : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para reclamaciones del seguro de compensación del trabajador</li> <li>• Para fines de orden público o con un funcionario de orden público</li> <li>• Con los organismos de control sanitario para las actividades autorizadas por la ley</li> <li>• Para funciones gubernamentales especiales, como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Responder a demandas y acciones legales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.</li> </ul>

**Confidencialidad de los registros de abuso de sustancias** Para las personas que han recibido tratamiento, diagnóstico o referidos para el tratamiento de nuestros programas de consumo de drogas o alcohol, la confidencialidad de los registros de consumo de drogas o alcohol está protegida por ley y por reglamentos federales.

<b>No podemos decirle a una persona fuera de los programas que usted asiste a alguno de estos programas, ni divulgar información alguna que lo identifique a usted como alguien que tiene un trastorno por consumo de alcohol o drogas.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo compartiremos (divulgaremos) esta información si: <ul style="list-style-type: none"> <li>• usted autoriza la divulgación por escrito; o</li> <li>• la divulgación está permitida por una orden judicial; o</li> <li>• la divulgación se hace al personal médico en caso de una emergencia médica o a personal calificado para la investigación, auditoría o evaluación de programas; o</li> <li>• usted amenaza con cometer un delito en el programa de tratamiento para el consumo de drogas o alcohol o contra cualquier persona que trabaje para nuestros programas de tratamiento de consumo de sustancias.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Quebrantar la ley y los reglamentos federales que rigen la información sobre el consumo y el tratamiento de las drogas o el alcohol es un delito.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pueden denunciarse las sospechas de infracciones al fiscal de los EE. UU. en el distrito en que ocurra la infracción.</li> <li>• Las leyes y los reglamentos federales que rigen la confidencialidad sobre el consumo de drogas o alcohol nos permiten denunciar ante las autoridades estatales o locales correspondientes.</li> </ul>

	<p>cuando sospechamos que, por ley estatal, se ha cometido maltrato o abandono infantil.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulte la ley federal 42 U.S.C. § 290dd-2 y la normativa federal 42 C.F.R., Parte 2, que regula la confidencialidad de los expedientes de los pacientes con problemas de alcoholismo y drogadicción.</li> </ul>
--	---

**Responsabilidades adicionales de Open Sky**

<p><b>La ley nos obliga a mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le informaremos enseguida si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.</li> <li>• Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo si lo solicita.</li> <li>• No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita aquí, a menos que usted nos autorice a hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Notifíquenos por escrito si cambia de opinión.</li> <li>• Para obtener más información vea: <a href="http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html">www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html</a>.</li> </ul>
--	---

**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. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

**Fecha de entrada en vigor:** 9-26-2019

Por favor, firme indicando que ha recibido y revisado una copia de este documento en su totalidad:

<p>_____ <b>Persona atendida</b></p>	<p>_____ <b>Fecha</b></p>
<p>_____ <b>Tutor</b></p>	<p>_____ <b>Fecha</b></p>
<p>_____ <b>Empleado</b></p>	<p>_____ <b>Fecha</b></p>