



FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO: 5 DE SEPTIEMBRE DE 2014

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN
MÉDICA SOBRE USTED**

Y CÓMO PUEDES ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR, REVISELO CON CUIDADO.

Para más información, vea: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>

Tus Derechos

Usted tiene derechos en lo que respecta a su información de salud. Estos incluyen el derecho a:

Reciba una copia electrónica o en papel de su historial médico.

Para solicitar una copia, comuníquese con la recepción de UCP al 602-943-5472 extensión 2001 y solicite al Gerente del Programa. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud dentro de los 30 días posteriores a la solicitud. Se puede cobrar una tarifa razonable.

Solicitar correcciones en su historial médico

Para solicitar correcciones a su información de salud, comuníquese con la recepción de UCP al 602-943-5472 extensión 2001 y solicite al Gerente del Programa. Si se niega su solicitud, recibirá una explicación por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

Si prefiere que UCP solo se comunique con usted de una manera específica (por ejemplo, un teléfono fijo o de oficina) o enviar correspondencia a una dirección diferente a la que figura en el archivo, comuníquese con la recepción de UCP al 602-943-5472 extensión 2001 y solicite al Gerente del Programa. Todas las solicitudes razonables serán atendidas.

Solicitar que UCP limite los datos utilizados o compartidos

Para solicitar que UCP no use ni comparta la información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones, comuníquese con la recepción de UCP al 602-943-5472

extensión 2001 y solicite el Programa Manager. Tenga en cuenta que UCP no está obligado a aceptar y puede negar la solicitud si afectara su atención.

Si paga un servicio o artículo de atención médica de su propio bolsillo en su totalidad, puede solicitar que esa información no se comparta con su aseguradora de salud para fines de pago o nuestras operaciones. Salvo que la ley disponga lo contrario, esta solicitud será atendida.

Obtenga una lista de aquellos con quienes UCP ha compartido información

Puede solicitar un listado (contable) de las ocasiones en que UCP ha compartido su información de salud hasta seis años antes de la fecha de la solicitud, con quién se compartió y por qué. Todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre tratamiento, pago, operaciones de atención médica y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que nos haya solicitado realizar), serán incluidas. Se proporcionará un listado al año sin costo; sin embargo, solicitudes adicionales dentro de un período de 12 meses resultarán en una tarifa razonable basada en los costos.

Reciba una copia de este Aviso de Privacidad

Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Se le proporcionará una copia en papel de inmediato.

Designa a alguien para que actúe por ti

Si le ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.

Presentar una queja

Para presentar una queja, las personas pueden comunicarse con el Gerente de Garantía de Calidad y Cumplimiento al 602-999-9391. Si se necesita asistencia adicional, las personas pueden comunicarse con:



UCP Oficial de privacidad

1802 West Parkside Lane

Phoenix, AZ 85027

P: 602-943-5472

El Departamento de Servicios de Salud de Arizona

1501 North 18th Avenue, Suite 450

Phoenix, AZ 85007

P: 602-364-3030

También tiene la opción de presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a

<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

UCP no tomará represalias contra ninguna queja presentada en contra de la agencia.

Tus opciones

Para cierta información de salud, puedes decidir qué compartimos.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos si desea o no:

Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención

Compartir información en una situación de ayuda humanitaria por desastre

Incluir su información en un directorio del hospital

Si no puede informarnos sobre su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza seria e inminente para la salud o la seguridad.

Nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito para lo siguiente:



Fines de marketing

Venta de su información, y

La mayoría de los compartidos de notas de psicoterapia.

Podemos ponernos en contacto con usted para esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede decirnos que no volvamos a contactarlo.

Nuestros Usos y Divulgaciones

Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

Para su tratamiento — Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Dirigir nuestra organización — Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario.

Facturación de sus servicios — Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.

Ejemplo: Proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que cubra sus servicios.

Otras Divulgaciones:

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente de formas que contribuyan al bienestar público, como la salud pública y la investigación. Sin embargo, la ley nos exige cumplir con muchas condiciones antes de poder compartir su información para estos fines.

Para más información

ver: https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/consumer_rights.pdf

Ejemplos de otras situaciones en las que podemos compartir su información son:

Ayuda con problemas de salud pública y seguridad — Podemos compartir información sobre su salud en ciertas situaciones como:

Prevención de enfermedades

Ayuda con retiros de productos

Informar reacciones adversas a medicamentos

Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica

Prevenir o reducir una amenaza seria para la salud o seguridad de cualquier persona

Investigación — Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Para cumplir con la ley — Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluyendo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

En respuesta a las solicitudes de donación de órganos y tejidos- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de procuración de órganos.

Para trabajar con un forense o director de funeraria: Podemos compartir información de salud con un forense, médico forense o director de funeraria cuando una persona fallece.

Para atender solicitudes de compensación laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales: podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

Para reclamaciones de compensación laboral

Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario de la ley

Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley

Para funciones gubernamentales especiales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial



Para responder a demandas y acciones legales- podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras Responsabilidades

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.

Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.

Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y proporcionarle una copia del mismo. No usaremos ni compartiremos su información salvo como se describe aquí, a menos que usted nos autorice por escrito. Puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Cambios en 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 solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.