

1. Descargue el documento en el escritorio de su computadora
2. Abra el formulario con Adobe Reader, disponible en <https://acrobat.adobe.com/us/en/acrobat/pdf-reader.html>
3. Guarde el formulario después de rellenarlo.
4. Devuelva el formulario completado usando OnPatient.

Aviso de prácticas de privacidad del médico.

Este aviso describe cómo puede ser usado y divulgado su información médica, y como puede obtener acceso a esta información.

Este aviso describe las prácticas de privacidad de la Universidad de Virginia Centro de Sheila C. Johnson, incluyendo servicios específicos de la disciplina. Las siguientes categorías describen maneras diferentes en que podemos usar y divulgar información médica. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones en una categoría. Sin embargo, todas las maneras en que nosotros somos permitidos a usar y divulgar información entran dentro de una de las categorías.

El tratamiento. Con su consentimiento, podemos usar y divulgar su información médica protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Por ejemplo, su información médica protegida puede ser proporcionada a un doctor a quien usted ha sido referido para asegurarse que el doctor tiene la información necesaria a diagnosticar y tratarlo.

El pago. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios recibidos pueden ser facturados, y el pago pueda ser cobrado de usted, una compañía de seguros u otro tercero. También podemos informarle a su compañía de seguro médico sobre un tratamiento que va a recibir, para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá en tratamiento. Si desea que su compañía de seguro médico no reciba información sobre tratamiento que ha pagado por adelantado, consulte 'Derecho a solicitar restricciones' en este aviso.

Las operaciones de atención médica. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para las operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para garantizar que todos nuestros pacientes reciben asistencia de buena calidad. Por ejemplo, podemos usar información médica a revisar nuestro plan de tratamiento y servicios, y para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted. Podemos proporcionar información en conjunto a maestros y estudiantes en nuestros programas de formación de posgrado para fines de revisión y aprendizaje.

Los individuos involucrados en su cuidado o el pago de su cuidado. Con su consentimiento, podemos divulgar información sobre usted, como los horarios de sus citas o datos de facturación, a un miembro de su familia o amigo que está involucrado en su cuidado, o el pago de su cuidado.

Otros proveedores de atención. Con su consentimiento, podemos divulgar información médica a otros profesionales de la atención médica que lo han cuidado o lo cuidan actualmente, para que lo usen en su tratamiento, buscando el pago por el tratamiento, y ciertas operaciones de atención médica, como evaluar la calidad de su cuidado y el desempeño de su personal, proporcionar capacitación y la revisión de licencias y acreditaciones.

Los socios comerciales. Hay algunos servicios prestados en nuestra organización a través de contratos con socios comerciales. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información de salud a nuestros socios comerciales. Para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que hagan. De modo parecido, hay departamentos de la universidad que nos proporcionan servicios y pueden necesitar acceso a su información de salud para hacer su trabajo. Ejemplos de estos servicios incluyen especialistas en tecnología de la información que atienden nuestros registros médicos electrónicos que cumplen con Norma de privacidad de la Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico. Requerimos que los socios comerciales y otros departamentos de UVA protejan su información suficientemente.

De acuerdo con lo requerido por la ley. Podemos divulgar información sobre usted cuando lo exige la ley federal, estatal, o local.

Para evitar una amenaza grave para la salud o seguridad. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza inmediata y grave a su salud y seguridad, o la salud y seguridad del público u otra persona.

Los militares y veteranos. Podemos divulgar información médica sobre usted según lo requieran las autoridades de comando militar. También podemos divulgar información médica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

La compensación de trabajadores. Con su consentimiento, podemos divulgar información médica sobre usted para compensación de trabajadores o programas similares.

Los riesgos para la salud pública. Podemos divulgar información sobre usted para actividades de salud pública, como para informar de abuso o negligencia de niños, ancianos, y pacientes incompetentes, o las reacciones a medicamentos o problemas con productos.

Las actividades de supervisión de la salud. Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones, y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento a las leyes de derechos civiles.

Las demandas legales y disputas. Podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial, orden de registro o citación, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la citación.

Las investigaciones. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted con fines de investigación. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto de investigación que se propone y su uso de información médica, tratando de equilibrar las necesidades de investigación con la necesidad de los pacientes de tener privacidad de su información médica. En la mayoría de los casos, se requeriría su autorización. En otros casos, cuando el proceso de revisión determina que el proyecto crea un riesgo mínimo para la privacidad, su autorización no se requerirá. Podemos divulgar información médica sobre usted a personas que se preparan para realizar un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarles a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre y cuando la información médica que revisen no salga del centro. Si un proyecto de investigación se puede hacer utilizando datos médicos de los que se ha eliminado toda la información que lo identifica usted, podemos usar o divulgar los datos sin aprobación especial. Podemos usar o divulgar los datos para investigación con algunos identificadores retenidos—como la edad, el sexo, y el tratamiento. No obstante, en este caso haremos que aquellos que reciban los datos firmen un acuerdo para protegerlos adecuadamente.

Los números de seguridad social. Podemos recopilar su número de seguridad social. Usamos números de seguridad social para identificación y verificación (por ejemplo, para proveer el registro médico correcto cuando dos pacientes tienen el mismo nombre). También, estamos obligados por la ley de Virginia a recopilar números de seguro social (Código de Virginia 58.1-521) para uso si es necesario en el programa de compensación administrativa. Algunos otros programas gubernamentales, como Medicaid, requieren números de seguridad social. La provisión de su número de seguridad social es voluntaria, excepto para los solicitantes de programas gubernamentales que lo requieran. Las prácticas de privacidad en este aviso se aplican a su número de seguro social.

SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

El derecho a inspeccionar y copiar. En la mayoría de los casos, tiene derecho a inspeccionar y copiar sus registros médicos y de facturación. Para inspeccionar y copiar sus registros médicos o de facturación, debe enviar su solicitud por escrito al Centro para servicios clínicos de Sheila C. Johnson, apartado de correos 400270, Charlottesville, Virginia 22904. Si solicita una copia de la información, puede que cobrábamos una tarifa por los costos de copia y envío. Puede solicitar copias de los registros en formato electrónico, y si los registros están disponibles en ese formato se proporcionarán en él. Si no lo son, proporcionaremos un formato alternativo.

Podríamos denegar su solicitud de inspección y copia de algunas circunstancias. Podemos denegar su solicitud de inspección y copia en ciertas circunstancias muy limitadas. Si lo hacemos, puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de la salud con licencia elegido por el Centro revisará su solicitud y la denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que denegó su solicitud original. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

Para los servicios de psicoterapia. Las notas de psicoterapia definen específicamente en las regulaciones de la Norma de privacidad de la ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico como: 'Notas documentadas en

cualquier medio por un proveedor de salud mental que describe o analiza el contenido de una conversación durante una sesión de asesoramiento privado, en grupo, conjunto o familiar y que son separados del resto del registro médico del individuo y son tratados de manera diferente a otros registros médicos. Las notas de psicoterapia deben mantenerse en un archivo separado y se consideran la auto comunicación privada del proveedor de salud mental. La Norma de privacidad de la ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico no permite acceso específico a las notas de psicoterapia. Por el contrario, los registros de salud mental están disponibles para los clientes e incluyen los siguientes tipos de información: Fechas de sesiones de consejería, diagnósticos, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico, progreso hasta la fecha, resumen de terminación e informes de pruebas psicológicas. Por lo general, estos ser más accesibles para usted.

El derecho a modificar. Si cree que la información de salud protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Para solicitar una modificación, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Centro para servicios clínicos de Sheila C. Johnson, apartado de correos 400270, Charlottesville, Virginia 22904. Además, debe proporcionar una razón que apoye su solicitud. Podemos denegar su solicitud si nos solicita que modifiquemos la información que:

- No fue creado por nosotros, agregaremos su solicitud al registro de información;
- no forma parte de la información médica mantenida por el Centro;
- no forma parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- es preciso y completo.

El derecho a un informe de divulgaciones. Tiene el derecho a solicitar una 'informe de divulgaciones.' Esta es una lista de divulgaciones de información médica sobre usted que no fueron parte de su tratamiento, el pago, o las operaciones de atención médica y de las cuales no tenía conocimiento anteriormente. Para solicitar esta lista de informes de divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito al Centro para servicios clínicos de Sheila C. Johnson, apartado de correos 400270, Charlottesville, Virginia 22904. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo que no puede ser más de seis años y no puede incluir datos antes de 14 de abril 2003.

El derecho a solicitar restricciones. Tiene el derecho a limitar la divulgación de información médica a su compañía de seguro médico por los servicios pagado de bolsillo en su totalidad antes de que se proporcione el servicio. Este derecho solo se aplica si la información divulgada es a una compañía de seguro de médico para fines de pago u operaciones de atención médica, y la información médica se relaciona con un artículo o servicio de atención médica para qué ha pagado en su totalidad antes del servicio. Tiene el derecho de solicitar otras restricciones a la información que usamos o divulgamos sobre usted para el tratamiento y el pago de operaciones de atención médica. Además, tiene el derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que participe en su cuidado o el pago de su cuidado. No estamos obligados a aceptar su solicitud de estas otras restricciones. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito al Centro para servicios humanos de Sheila C. Johnson, apartado de correos 400270, Charlottesville, Virginia 22904. En su solicitud, debe clínicos (1) que información desea limitar, (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos, y (3) a quien desea que se apliquen los límites.

El derecho a recibir notificación de cualquier violación. Tiene derecho a recibir una notificación por escrito de nosotros si ha habido una violación de su información médica identificable.

El derecho a solicitar comunicaciones alternativas. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinada. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones alternativas, debe hacer su solicitud por escrito al Centro para servicios clínicos de Sheila C. Johnson, apartado de correos 400270, Charlottesville, Virginia 22904. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

El derecho a una copia impresa de este aviso. Tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento.

CAMBIOS EN ESTE AVISO

Tenemos el derecho a cambiar este aviso y hacer efectivo el aviso modificado para la información médica que ya tenemos sobre usted, además de a cualquier información que recibamos en el futuro. El aviso contendrá en la esquina inferior derecha de la primera página, la fecha de efectiva. Además, cada vez que se registre, tendremos copias del aviso actual disponibles a pedido.

QUEJAS

Si cree que sus derechos de privacidad se han violados, puede presentar una queja ante el Centro para servicios clínicos de Sheila C. Johnson. Para presentar una queja, debe hacer su solicitud por escrito al Centro para servicios clínicos de Sheila C. Johnson, apartado de correos 400270, Charlottesville, Virginia 22904. También, puede enviar una queja por escrito al Departamento de salud y recursos humanos de los Estados Unidos. No será penalizado si presenta una queja.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por este aviso o las leyes que aplican a nosotros se realizarán solo con su permiso por escrito (una 'autorización'). Sobre todo, la mayoría de los usos y divulgaciones de la información médica con fines de marketing, la mayoría de las divulgaciones a cambio de pago, y la mayoría de los usos y divulgaciones de aviso de psicoterapia requerirían su autorización. Si solicita la transmisión de cualquier información médica protegida a un tercero, deberá completar una autorización por escrito para cada destinatario. Los formularios de autorización y las instrucciones están disponibles en el sitio web del Centro: <https://education.virginia.edu/research-initiatives/sheila-c-johnson-center-clinical-services> Llame al (434) 924-7034 si tiene alguna pregunta, puede revocar la autorización por escrito, en cualquier momento poniéndose en contacto con El centro para servicios clínicos de Sheila C. Johnson, apartado de correos 400270, Charlottesville, Virginia 22904. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos información médica sobre usted por los motivos cubiertos por su autorización por escrita. Entiende que no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que le proporcionamos.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si tiene cualquier pregunta, puede entrar en contacto con
El centro para servicios clínicos de Sheila C. Johnson
apartado de correos 400270
Charlottesville, Virginia 22904-4270
Teléfono: (434) 924-7034

Reconocimiento de recibo de notificación de prácticas de privacidad

Por favor, firme e imprima su nombre y fecha en este formulario de confirmación. Luego devuelva su reconocimiento de recibo firmado a la recepcionista del Centro o a la siguiente dirección:

Sheila C. Johnson Center for Clinical Services
P.O. Box 400270
Charlottesville, VA 22904-4260

Nombre del cliente: _____

Firma del cliente: _____

o

Firma del padre/tutor (si corresponde): _____

Nombre de la individual que está firmando: _____

Fecha: _____

Si no tiene acceso a una firma digital, marque la casilla como indicación de que ha leído y entendido este documento.