

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE DE QUÉ MANERA PUEDE USARSE Y COMPARTIRSE LA INFORMACIÓN SANITARIA SOBRE USTED, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA CON DETENIMIENTO.**

# **Notificación importante sobre las prácticas de privacidad**

**Keystone Autism Services**

**Es importante leer y entender esta notificación sobre las prácticas de privacidad antes de firmar el formulario de consentimiento y aceptación.**

**Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación o desea obtener más información sobre sus derechos de privacidad, comuníquese con Keystone Service Systems.**

**Keystone Service Systems  
Corporate Privacy Officer  
124 Pine Street  
Harrisburg, PA 17101**

# KEYSTONE AUTISM SERVICES

## NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### Información sanitaria protegida

Fecha de vigencia: 14 de abril de 2003

Fecha de modificación: 19 de septiembre de 2013

### Objetivo de la notificación sobre las prácticas de privacidad

Esta notificación sobre las prácticas de privacidad (la “notificación”) tiene como fin informarlo sobre los usos y las divulgaciones que podemos hacer de la información sanitaria protegida. También describe sus derechos a tener acceso y controlar su información sanitaria protegida, y determinadas obligaciones que tenemos acerca del uso y la divulgación de dicha información.

Su “información sanitaria protegida” es aquella que nosotros creamos y recibimos, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su condición o su salud mental o física del pasado, presente o futuro, o con el pago para la prestación de la atención médica.

Por ley, tenemos la obligación de conservar la privacidad de su información sanitaria protegida. También tenemos la obligación, por ley, de notificarle nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad con respecto a su información sanitaria protegida, y de acatar los términos de la notificación que esté vigente en la actualidad. Si desea recibir una copia de cualquier notificación revisada, debe comunicarse con Keystone Autism Services o visitar nuestro sitio web ([www.keystonehumanservices.org](http://www.keystonehumanservices.org)).

### Formas en las que Keystone usa y divulga su información sanitaria

Keystone Autism Services (Servicios para el Autismo Keystone) ofrece una gran gama de servicios a través de una amplia variedad de programas. Si Keystone Autism Services le brinda sus servicios, la organización puede usar su información sanitaria protegida para el tratamiento, la facturación o las operaciones de atención médica, incluidas las actividades de seguridad de los pacientes, con fines como:

- Planificar y ofrecerle atención y tratamiento
- Comunicarse con otros profesionales de atención médica que cuidan de usted
- Describir la atención que recibe
- Obtener el reembolso de compañías de seguro privadas u otros programas gubernamentales
- Confirmar que los servicios facturados realmente se ofrecieron
- Pagar por los servicios que recibe
- Educar a los profesionales de la salud
- Supervisar actividades sanitarias, como concesión de licencias, auditorías, investigaciones e inspecciones
- Administrar los programas de Keystone Autism Services que ofrecen beneficios públicos, o servicios sanitarios o sociales
- Evaluar y mejorar los servicios que ofrecemos y los resultados logrados
- Informarlo sobre otros servicios y programas públicos
- Ofrecer información en una situación de emergencia

## Otras personas que pueden recibir su información sanitaria

**Socios:** Hay algunos servicios que nuestra organización ofrece a través de contratos con otros proveedores de servicios sanitarios. Al contratar estos servicios, podemos divulgar su información sanitaria solo en la medida que sea necesario para que nuestro socio realice el trabajo que le encargamos. Sin embargo, le exigimos que resguarde su información como corresponde.

**Salud pública:** Podemos divulgar su información sanitaria protegida a autoridades legales o sanitarias públicas que cuentan con autorización para prevenir o controlar el riesgo público de enfermedad, lesiones o discapacidad.

**Seguridad pública:** Podemos divulgar su información sanitaria protegida cuando sea necesario para prevenir una lesión o una amenaza grave para su seguridad o la de otra persona.

**Medidas administrativas y judiciales:** Si está involucrado en una causa judicial o un conflicto, podemos divulgar su información sanitaria protegida en respuesta a una orden administrativa o de la corte. También podemos divulgar su información sanitaria protegida en respuesta a una citación legal, un pedido de presentación de pruebas u otro proceso legal, si tal divulgación está permitida por la ley.

**Cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar información sanitaria con fines de cumplimiento de la ley, para preservar su salud y la salud y seguridad de otras personas.

**Médicos forenses, médicos legistas, directores de funerarias, organizaciones de donación de órganos:** Podemos divulgar su información sanitaria protegida a un médico forense, médico legista, director de una funeraria o, si es donante de órganos, a una organización relacionada con la donación de órganos y tejidos.

**Investigación:** Podemos divulgar información a los investigadores solamente cuando los datos no lo identifiquen personalmente o cuando la investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que ha evaluado el objetivo de la investigación y ha establecido procedimientos para garantizar la privacidad de su información sanitaria.

**Actividades de recaudación de fondos:** Podemos usar la información sanitaria protegida, limitada a los datos de contacto como nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono y correo electrónico, así como las fechas de los tratamientos o los servicios, e información sobre los resultados de los tratamientos o los servicios, con la intención de recaudar dinero para Keystone Autism Services. Cada comunicación destinada a recaudar fondos incluirá la opción de dejar de recibir las futuras comunicaciones de este tipo. La decisión de dejar de recibir dichas comunicaciones se considerará una revocación de la autorización por parte del receptor.

**Sujetos que participan en su atención o en el pago de su atención:** A menos que usted se oponga, podemos divulgar su información sanitaria protegida, según lo permita la ley, a un familiar, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, si la información se relaciona con la participación de esa persona en su atención médica o en el pago de su atención médica. Podemos divulgar su información sanitaria protegida a los sujetos que participan en su atención o en el pago de su atención después de su muerte, a menos que hacerlo contradiga las preferencias que usted haya expresado anteriormente.

**Cuando la ley del Estado de Pensilvania exija su autorización/consentimiento por escrito para divulgar cualquier información mencionada, el profesional a cargo de su tratamiento se lo explicará. Luego, se le puede solicitar que firme una autorización/consentimiento antes de que la información se envíe.**

## Situaciones en las que se exige la autorización para el uso y la divulgación

**Notas de psicoterapia:** Notas de su terapeuta que registran el contenido de una sesión de terapia con usted.

**Marketing:** Una comunicación sobre un producto o un servicio que alienta a los receptores a comprar el producto o el servicio.

**Venta de información sanitaria protegida:** Cualquier divulgación de la información sanitaria protegida con fines de *marketing* que haga que la organización reciba una remuneración por ella.

**En el caso del uso y la divulgación de su información sanitaria protegida por cualquier otro motivo no mencionado arriba, obtendremos una autorización. La ley federal y la ley estatal pueden exigir autorizaciones diferentes para divulgar otra información sanitaria estrictamente confidencial, como se describe a continuación.**

### Información sanitaria estrictamente confidencial

La “información sanitaria estrictamente confidencial” puede incluir datos confidenciales sujetos a las leyes federales que rigen la información sobre el abuso de drogas y alcohol, así como a las leyes estatales que a menudo protegen el siguiente tipo de información:

- VIH/SIDA
- Salud mental
- Pruebas genéticas
- Abuso de drogas y alcohol
- Enfermedades de transmisión sexual e información sobre salud reproductiva
- Abuso o abandono de niños o adultos, incluida la agresión sexual

### Ejemplos de divulgaciones para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica

**Usaremos su información sanitaria para el tratamiento.**

**Por ejemplo:** Un miembro de su equipo de apoyo puede recibir información sobre su afección médica y registrarla en su historia clínica. Esta información puede usarse para determinar el ciclo de atención más conveniente para usted.

**Usaremos su información sanitaria para el pago.**

**Por ejemplo:** Podemos enviarle una factura a usted o a cualquier otra fuente privada o pública de cobertura médica que haya identificado. La información incluida en la factura, o que la acompañe, puede contener datos que lo identifiquen, así como su diagnóstico, los procedimientos y los insumos usados.

**Usaremos su información sanitaria para las operaciones habituales de atención médica.**

**Por ejemplo:** Los miembros de un equipo de control de la calidad pueden usar la información de su historia clínica para evaluar la atención y los resultados de sus servicios y de otros similares. Esta información luego se usará con la intención de mejorar de forma continua la calidad y la eficacia de los servicios y la atención médica que brindamos.

**Podemos usar determinada información (nombre, dirección, número de teléfono, fechas de los servicios, edad y sexo) para recaudar fondos.**

**Por ejemplo:** Un miembro de nuestra sociedad puede comunicarse con usted en el futuro a fin de recaudar dinero para Keystone Autism Services. También podemos decirle su nombre a nuestra fundación, vinculada con nosotros institucionalmente, con el mismo fin. El dinero recaudado se usará para ampliar y mejorar los servicios y programas que ofrecemos a la comunidad.

**Keystone Autism Services y sus programas no usarán ni divulgarán su información sanitaria protegida, excepto como se describe en esta notificación o como lo autorice la ley.**

## **Sus derechos sobre la información sanitaria**

Usted tiene derecho a:

- Solicitar que le muestren o le ofrezcan una copia electrónica o impresa de su información sanitaria protegida
- Solicitar una restricción de determinados usos y divulgaciones de su información sanitaria protegida
  - Keystone Autism Services no está obligado a aceptar una restricción solicitada; sin embargo,
  - Keystone Autism Services considerará una restricción solicitada que sea específica de aquellos servicios que usted haya pagado de su bolsillo
- Solicitar modificaciones de su información sanitaria protegida
- Obtener un registro de las divulgaciones de su información sanitaria protegida, incluida la información guardada o transmitida por vía electrónica, correspondiente a los seis años anteriores a la fecha de su solicitud
  - El registro de las divulgaciones incluirá las personas con las que compartimos su información sanitaria protegida y los motivos
  - El registro de las divulgaciones no incluirá aquellas destinadas al tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, ni determinadas divulgaciones de otro tipo, por ejemplo, las que usted haya solicitado que Keystone Autism Services hiciera
- Solicitar que las comunicaciones de su información sanitaria protegida le lleguen por un medio alternativo o a una dirección alternativa
- Solicitar no recibir más comunicaciones ni materiales de recaudación de fondos o *marketing*
- Darle a alguien un poder notarial médico o, en el caso de que usted tenga un tutor legal, que esa persona pueda ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información sanitaria
- Presentar una queja ante la directora de Privacidad de Keystone Service Systems o ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Sanidad y Servicios Sociales de EE. UU. si cree que se han violado sus derechos de privacidad
- Recibir una notificación en el caso de que se revele su información sanitaria protegida sin garantía
- Obtener una copia impresa de esta notificación de prácticas de privacidad si así lo solicita

## **Responsabilidades de Keystone Autism Services**

Keystone Autism Services tiene la responsabilidad de:

- Conservar la privacidad de su información sanitaria protegida
- Proporcionarle esta notificación sobre nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad con respecto a la información sanitaria protegida sobre usted que recopilamos y conservamos
- Cumplir sistemáticamente los términos de esta notificación
- Informarle en el caso de que no podamos aceptar una restricción solicitada

- Satisfacer las solicitudes razonables que usted pueda tener acerca de que le enviemos la información sanitaria por un medio alternativo o a una dirección alternativa
- Ofrecer un registro de las divulgaciones de su información sanitaria protegida
- En lo posible, intentar cumplir el pedido de dejar de recibir comunicaciones sobre actividades de recaudación de fondos o *marketing*

**Por ley, Keystone Autism Services conservará las prácticas de privacidad mencionadas con su información sanitaria protegida durante 50 años después de la fecha de su muerte.**

**Keystone Autism Services puede modificar sus prácticas de privacidad dentro de los límites de la ley e implementar nuevas prácticas de privacidad para toda la información sanitaria protegida que conserve. Si nuestras prácticas de privacidad se modifican, le enviaremos una notificación revisada a la dirección que nos ha proporcionado.**

### **Para obtener más información o informar un problema**

Si tiene preguntas y desea recibir información adicional, puede comunicarse con:

Directora de Privacidad de Keystone  
(717) 232-7509

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante:

Keystone Service Systems  
Corporate Privacy Officer  
124 Pine Street  
Harrisburg, PA 17101  
(717) 232-7509

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Sanidad y Servicios Sociales de EE. UU. en:

Region III, Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
150 South Independence Mall West  
Suite 372  
Public Ledger Building  
Philadelphia, PA 19106-9111  
(215) 861-4441  
Número gratuito: (800) 368-1019

**No habrá represalias por presentar una queja.**

# KEYSTONE AUTISM SERVICES

## NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y ACEPTACIÓN

Doy mi consentimiento para que Keystone Autism Services use mi información sanitaria protegida o la divulgue a cualquier persona u organización con objeto de realizar el tratamiento, obtener el pago o llevar a cabo determinadas operaciones de atención médica. Comprendo que los datos adicionales acerca del modo en el que Keystone Autism Services usará y divulgará mi información se pueden encontrar en la notificación de prácticas de privacidad de Keystone Autism Services, la que puede modificarse ocasionalmente.

Al firmar a continuación, comprendo y acepto lo siguiente:

- He leído y comprendo este consentimiento.
- Comprendo que mi información sanitaria protegida puede usarse o divulgarse para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, lo que incluye las comunicaciones destinadas a recaudar fondos.
- Comprendo que puedo solicitar restricciones del uso y la divulgación de mi información sanitaria protegida.
- He tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta referida a mis derechos acerca del uso y la divulgación de mi información sanitaria protegida.
- He recibido la notificación de prácticas de privacidad de Keystone Autism Services que está vigente en la actualidad y comprendo que esta puede modificarse en cualquier momento con respecto a mi información sanitaria protegida.

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra de imprenta del sujeto o del representante personal**

\_\_\_\_\_  
**Firma del sujeto o del representante personal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Si la firma es del representante, describir la autoridad legal del representante para actuar en nombre del sujeto:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra de imprenta del miembro del personal**

\_\_\_\_\_  
**Firma del miembro del personal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**No fue posible obtener el consentimiento y la aceptación por escrito por el siguiente motivo:**

- El sujeto se opuso**
- Hubo una situación de tratamiento de emergencia**
- El sujeto no pudo firmar debido a la falta de competencia o por otra razón médica**
- Otro:** \_\_\_\_\_