



2400 Moorpark Avenue, Suite 300, San Jose, CA 95128
749 Story Road, Suite 50, San Jose, CA 95122
Tel: (408) 975-2730
Fax: (408) 975-2745

AACI

Aviso sobre prácticas de confidencialidad

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. LÉALO DETENIDAMENTE.

Para más información, comuníquese con los siguientes:

AACI Health Center
Elizabeth Hunt, MPA, MSW
Senior Manager, Quality Improvement
2400 Moorpark Ave., Suite #300
San Jose, CA 95128
(408) 975-2730 x 114 Fax (408) 975-2745
elizabeth.hunt@aacj.org

AACI Behavioral Health
Duy Pham, LCSW
Manager of Quality Improvement
2400 Moorpark Ave., Suite #300
San Jose, CA 95128
(408) 975-2730 ext. 147 | Fax (408) 975-2745
duy.pham@aacj.org

Asian Americans for Community Involvement

AACI

Aviso sobre prácticas de confidencialidad

El presente aviso describe las prácticas de confidencialidad de Asian Americans for Community Involvement (AACI) y sus programas, y las prácticas de confidencialidad de:

- Todos nuestros médicos con licencia, enfermeros, asistentes médicos, psicoterapeutas, entre otros, psiquiatras, psicólogos, terapeutas matrimoniales y familiares, consejeros clínicos, profesionales con licencia, y asistentes sociales clínicos;
- Todos nuestros consejeros de salud mental sin licencia, como aprendices de salud mental y pasantes, consejeros no titulados y administradores de caso;
- Todos nuestros empleados, incluidos el personal, voluntarios y demás personal que trabaja con nosotros o en nuestro nombre; y
- Todos nuestros departamentos, como los Departamentos de Facturación y Educación.

Nuestro compromiso

AACI comprende que su información de salud es confidencial y estamos comprometidos a proteger su Información de Salud Personal (PHI, por sus siglas en inglés). Cuando recibe servicios en AACI, se crea un registro de dichos servicios para su beneficio. Utilizamos el registro para brindarle una atención de calidad y para cumplir con los requisitos legales. Este aviso se aplica a todos nuestros registros acerca de su atención, ya sean provistos por nuestros consejeros de salud mental y/o terceros que trabajan en nombre de AACI. Asimismo, el aviso le informa acerca de las maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida, y describe sus derechos con relación a la información de salud que mantenemos de usted y la obligación que tenemos al usarla y divulgarla.

Por ley, estamos obligados a:

- Garantizar que la información de salud que le identifique sea mantenida con carácter confidencial conforme las leyes estatales y federales;
- Entregarle este aviso sobre sus obligaciones legales y prácticas de confidencialidad relativas a su información de salud protegida; y
- Seguir las condiciones de este aviso que se encuentran vigentes actualmente para toda su información de salud protegida.

Cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida

En general, la ley permite que AACI use y/o divulgue su información de salud protegida para tratamientos, pagos, operaciones del cuidado de la salud, como también para propósitos de comunicación interna que puede incluir el uso de correo electrónico o fax. Los programas de AACI, por lo general, obtienen una autorización firmada por usted antes de divulgar su información de salud protegida a cualquier entidad externa. Usted tiene el derecho de revocar cualquier autorización previamente otorgada. No obstante, la revocación únicamente prohibirá que divulguemos a futuro su PHI. Si AACI ya ha realizado una divulgación autorizada antes de su revocación, el programa ha

procedido según su autorización y no está obligado a tratar de recuperar la información ya divulgada. Todas las revocaciones deben ser por escrito. Debe entender que no podemos retrotraer cualquier divulgación que ya hayamos hecho con su autorización, y que por ley estamos obligados a mantener registros de los servicios y tratamientos que le hayamos brindado. Sin embargo, podría haber situaciones en que su autorización previa no sea práctica, factible y/o posible. En dichas circunstancias, AACI está obligado en virtud de las regulaciones estatales y/o federales a divulgar su información de salud protegida sin su autorización. Estas circunstancias incluyen:

Tratamiento. AACI puede usar y divulgar la PHI para brindarle tratamiento o servicios. Podemos divulgar su información de salud a los médicos, enfermeros, técnicos, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, profesionales no titulados, administradores de caso, terapeutas matrimoniales y familiares con licencia, estudiantes de medicina, pasantes, aprendices y demás involucrados en su atención. Podemos compartir los registros médicos con su doctor, laboratorios ajenos a AACI que realicen análisis solicitados por su médico. También podemos compartir su PHI con hogares de ancianos u otras agencias de atención de la salud comunitarias para coordinar el tratamiento continuo después de que termine con los servicios de AACI. Los diferentes programas dentro de AACI pueden compartir la información médica a fin de coordinar los servicios que usted necesita y mantener la calidad de la atención.

Pago. AACI puede usar y divulgar su PHI para poder facturar el tratamiento y los servicios que usted haya recibido y puede obtener el pago de usted, una compañía de seguros o un tercero. No obstante, en todos los casos, la información divulgada será la mínima necesaria para garantizar el pago. Por ejemplo, podemos comunicarle a su plan de salud sobre un tratamiento que usted vaya a recibir para obtener la aprobación previa o determinar si su plan cubre dicho tratamiento. Además, podemos proporcionar información básica sobre usted y su plan de salud, titular del seguro o tercero fuera de AACI que participen en su atención para asistirlos en la obtención del pago por los servicios que le brindaron.

Operaciones. AACI puede acceder, usar y compartir su PHI para las operaciones relacionadas con el cuidado de la salud. Estos usos y divulgaciones son necesarios para mejorar la calidad de la atención y los programas de formación educativa para el personal de AACI. Podemos acceder y compartir su PHI para cumplir con las leyes y regulaciones, para obligaciones contractuales, presentación de reclamos de elegibilidad del pagador, planificación comercial, mercadeo, y para funciones internas de AACI. Por ejemplo, podemos acceder, usar y divulgar su PHI para analizar los tratamientos y servicios que le brindamos y evaluar y mejorar la atención que le brinda el personal de AACI. También podemos combinar la PHI que tenemos con otros servicios de atención de la salud o socios comerciales para comparar nuestro desempeño y detectar dónde podemos mejorar la atención y los servicios.

Servicios relacionados con la salud y actividades de tratamiento. AACI puede usar y divulgar su PHI para informarle sobre servicios relacionados con la salud u opciones de tratamiento recomendados o alternativas que pueden ser de su interés. Si usted decide no recibir esta información o si desea que usemos una dirección diferente, hable con uno de los miembros de nuestro equipo de servicio.

Personas involucradas en su atención o que pagan por su cuidado. AACI puede divulgar su PHI a un amigo o familiar que participa de su atención o la persona que ayuda a pagar por su cuidado.

Recordatorios de citas. AACI puede usar o divulgar su PHI para comunicarse con usted para recordarle que tiene una cita.

Emergencias médicas. En situaciones donde su salud corra un peligro inminente y cuando se requiera una intervención médica inmediata, AACI puede divulgar su información de salud protegida al personal médico público o privado en la medida que sea necesario para atender de buena fe su emergencia médica y/o la de otra persona. Por ejemplo, en caso de una emergencia médica quizás debamos comunicarnos con la ambulancia para transportarlo y divulgar su PHI para que reciba atención.

Donación de órganos y tejido. Si usted es donante de órganos, AACI puede divulgar su PHI a organizaciones dedicadas a la donación de órganos, trasplante ocular o de tejido o un banco de donaciones de órganos, conforme sea necesario para facilitar la donación de órganos o tejido y el trasplante.

Para evitar una amenaza grave a la salud. AACI puede usar y divulgar su PHI cuando fuera necesario para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad o la del público o cualquier otra persona. No obstante, toda divulgación se hará únicamente a quien pueda ayudar a evitar la amenaza.

Militares y veteranos. Si es miembro de las fuerzas armadas o ha sido separado o dado de baja del servicio militar, AACI puede divulgar su información de salud conforme lo requieran las autoridades del comando militar o el Departamento de Asuntos de Veteranos, según sea aplicable. Además, podemos divulgar la información de salud del personal militar que se encuentre en el exterior a las autoridades militares apropiadas en el exterior.

Compensación de trabajadores. AACI puede divulgar su PHI a programas de compensación de trabajadores o similares. Estos programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Médicos forenses, examinadores de salud y directores de funerarias. AACI puede divulgar la PHI de sus pacientes a un médico forense o examinador de salud. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de muerte. Además, podemos divulgar la PHI a directores de funerarias según sea necesario para que puedan realizar sus tareas.

Seguridad nacional y actividades de inteligencia. Podemos divulgar su PHI a oficiales autorizados para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades autorizadas por ley para la seguridad nacional. Asimismo, podemos divulgar su PHI a oficiales federales autorizados para que protejan al Presidente, su familia, u otras personas designadas o ex jefes de estado, o realizar investigaciones especiales.

Reclusos. Si es recluso de una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de oficiales de la ley, AACI puede divulgar su PHI a la institución correccional u oficiales de la ley. La divulgación de la PHI es necesaria para:

1. Brindarle los servicios de cuidados de la salud que necesita
2. Proteger su salud y seguridad o la de otras personas
3. La salud y seguridad de la institución correccional.

Demandas y disputas judiciales. AACI puede divulgar su PHI en respuesta a una divulgación ordenada por la corte que haya sido emitida en conformidad con los procedimientos específicos de las

regulaciones estatales y/o federales. Además, podemos divulgar su información médica en respuesta a una citación judicial, solicitud de investigación de otro proceso legal por parte de un tercero involucrado en la disputa, sólo si se hicieron los esfuerzos para informarle sobre el pedido (lo cual puede incluir aviso por escrito) o para obtener una orden que proteja la información solicitada. Sólo divulgaremos los registros de tratamiento relacionados con la salud mental y el consumo de drogas o alcohol en respuesta a una citación judicial cuando recibamos una orden judicial o autorización del paciente.

Aplicación de la ley. Podemos acceder, usar y divulgar su PHI si lo solicita un oficial de aplicación de la ley:

- En cumplimiento con un fallo judicial, citación judicial, orden judicial, citación como jurado, emplazamientos o procesos similares.
- Para identificar y localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Acerca de una víctima de un crimen, si bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener la autorización directamente de la víctima de un crimen;
- Acerca de una muerte que consideremos sea resultado de una conducta criminal
- Acerca de una conducta criminal en cualquiera de nuestros establecimientos; y
- En circunstancias de emergencia para denunciar: un crimen; la ubicación del crimen; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

Los registros de servicios de salud mental y alcoholismo y drogadicción requieren protecciones legales y no pueden ser divulgados sin una orden judicial formal o autorización del paciente o su representante, excepto en ciertas circunstancias permitidas por la ley.

Crímenes en la propiedad de AACI y contra sus empleados. Si ha cometido o amenaza con cometer un crimen en la propiedad de AACI o contra su personal, podemos denunciar el crimen a una agencia de aplicación de la ley y/o buscar asistencia. AACI puede divulgar las circunstancias del incidente, incluidos (sin limitación) su nombre, domicilio, último paradero conocido y condición como cliente de AACI.

Propósitos de investigación. Conforme estas excepciones, AACI puede divulgar su información de salud protegida bajo ciertas situaciones. Las mismas incluyen aprobación de una Junta de Revisión Institucional o Junta de Confidencialidad, en preparación para una investigación, datos del difunto, conjunto de datos limitados con un acuerdo de uso de datos, y con su autorización o la de su representante personal. AACI establecería pautas para salvaguardar su información de salud protegida como parte de su participación en el proyecto de investigación.

Socios comerciales y organizaciones de servicios calificadas. AACI provee algunos servicios por medio de contrataciones con socios comerciales y organizaciones de servicios calificadas (QSO, por sus siglas en inglés) para otros programas de AACI. AACI puede divulgar su información de salud protegida a sus socios comerciales y a las QSO para que puedan desempeñar sus tareas en nombre de AACI. Algunos ejemplos, entre otros, incluyen servicios médicos, ciertos análisis de laboratorio, facturación, pruebas, y un servicio de fotocopiado que usamos para fotocopiar sus registros médicos. A fin de proteger su PHI, la ley federal exige a nuestros socios comerciales y QSO salvaguardar apropiadamente su información. Además, los programas de AACI son socios comerciales y QSO entre sí a los efectos de proporcionar una atención integrada y coordinar las derivaciones y servicios para los pacientes de los programas de AACI, para apoyo administrativo, facturación y cumplimiento de las

actividades, para análisis y evaluación de los servicios prestados por los programas de AACI y para ingreso de datos y optimización de un sistema de registro de salud electrónico.

Auditorías y evaluaciones de nuestros programas. AACI puede divulgar su información de salud protegida cuando una agencia del gobierno que financia o regula a AACI, un tercero pagador o una organización de revisión de pares solicita acceso a los registros de AACI. El auditor o evaluador debe acordar por escrito que volverá a divulgar la información identificatoria únicamente para remitirla a AACI, en conformidad con una orden judicial para investigar o enjuiciar a AACI (no a usted), y/o a una agencia del gobierno a cargo de supervisar una auditoría o evaluación de Medicare o Medicaid (Medi-Cal). Además, sus registros pueden ser tomados físicamente fuera de las instalaciones de AACI sólo ante la promesa, por escrito, de que serán salvaguardados, no para divulgarlos nuevamente en contra de la ley; destruir todas las copias de su información identificatoria cuando ya no se la necesite para el fin específico, y remitir todos los originales de su PHI a AACI luego de completada la auditoría o evaluación.

Obligatoriedad de denunciar. Según lo estipula la ley, AACI puede divulgar su información de salud protegida en las siguientes circunstancias:

1. Si usted amenaza con provocar daño a otra persona, se debe informar a esa persona y/o a la policía.
2. Cuando fuera necesario, si usted presenta una amenaza grave a su propia salud y seguridad.
3. Se debe denunciar todas las instancias de sospecha de abuso de menores.
4. Se debe denunciar todas las instancias de sospecha de abuso de una persona mayor o adulto dependiente.

Recaudación de fondos. AACI puede solicitar su autorización escrita para usar su información de salud protegida para propósitos de recaudación de fondos. AACI sólo usará su PHI con su autorización por escrito. No obstante, AACI puede usar información limitada y/o historias de pacientes sin información de identificación para propósitos de recaudación de fondos manteniendo al mismo tiempo la confidencialidad del paciente.

Toda solicitud de divulgación de su información de salud protegida no contemplada en este aviso no será otorgada sin su autorización previa y/o sin la aprobación del Funcionario de Confidencialidad y/o la persona que este designe. La información que AACI divulga con relación a su PHI será la mínima necesaria.

Notas de psicoterapia. Toda solicitud de uso y divulgación de las notas de psicoterapia, para fines de tratamiento, por alguien que no fuera el originador de tales notas debe ser aprobada por el Funcionario de Confidencialidad y/o la persona que este designe. En la mayoría de los casos se requerirá su autorización y/o la de su representante legal. Las excepciones a esto serán en los casos en que:

- El Funcionario de Confidencialidad y/o la persona que este designe, haya aprobado el uso de las notas en un programa de capacitación interno para el personal que brinda tratamiento bajo la debida supervisión;
- Las notas sean utilizadas para armar la defensa ante una acción legal que usted presente contra AACI y/o el proveedor. El Funcionario de Confidencialidad y/o la persona que este designe, junto con el asesor legal, determinen la necesidad del uso y divulgación de las notas de psicoterapia para asistir con la defensa; y/o

- En otras situaciones en las que la divulgación sea solicitada por ley o regulaciones para la supervisión del cuidado de la salud con el fin de determinar o investigar el cumplimiento de AACI con las Normas de Confidencialidad en virtud de HIPAA, o para colaborar con las agencias de aplicación de la ley en ciertas situaciones limitadas.

En cada una de las situaciones descritas en este párrafo, el Funcionario de Confidencialidad y/o la persona que este designe debe ser consultada. Ellos, en consulta con el asesor legal, determinarán si existe la necesidad para la divulgación y la magnitud de la divulgación de las notas de psicoterapia. En todos los casos, la creación y uso de las notas de psicoterapia para su atención se circunscribirá únicamente a los miembros del equipo de AACI. Las acciones que el personal a cargo tomará para salvaguardar dichas notas han sido aprobadas por el Funcionario de Confidencialidad y/o la persona que este designe.

Divulgación de abuso de sustancias. Si usted participa en alguno de nuestros Programas de tratamiento de abuso de sustancias, AACI no divulgará ninguna parte de su información de salud protegida sin su consentimiento previo y/o sin obtener la aprobación del Funcionario de Confidencialidad y/o la persona que este designe.

Tenemos ciertas obligaciones con relación al uso y divulgación de su información en virtud de dos leyes federales: la Ley Federal de Confidencialidad (42 C.F.R., Parte 2) y la Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, 45 C.F.R., Partes 160 y 164).

Estas leyes prohíben que nuestro programa divulgue a terceros su asistencia a nuestro programa, o que divulguemos cualquier información que le identifique como participante en un programa de alcohol o drogas, o divulgar cualquier información protegida, salvo en circunstancias previstas por la ley según se establece en 42 C.F.R. Parte 2 o las disposiciones aplicables de HIPAA de 1996, 45 CFR parte 160 y 164). No usaremos ni divulgaremos su PHI a menos que usted haya firmado una autorización para hacerlo, o que una corte emita una orden solicitándonos la divulgación de su PHI.

Sus derechos. Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información de salud protegida. Esta sección de nuestro aviso describe sus derechos y cómo ejercerlos:

Derecho a inspeccionar y fotocopiar. Podemos denegar un pedido de inspección y fotocopiado de su PHI en circunstancias excepcionales, como: cierta información relacionada con el tratamiento de una enfermedad mental o información recabada en una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo, o cierta PHI sujeta a la Enmienda de Mejoramiento de Laboratorio Clínico de 1988.

Para inspeccionar y fotocopiar su información de salud protegida, debe presentar su pedido por escrito al Funcionario de Confidencialidad y/o la persona que este designe. Si solicita una copia de la información, podríamos cobrar una tarifa por el costo de las copias y el envío por correo, y por todo otro costo asociado con su solicitud.

En circunstancias muy excepcionales, podemos negar su pedido de inspección y fotocopiado. Si negamos su pedido, puede solicitar que se revise dicha decisión. Designaremos a un profesional de atención de la salud con licencia para que revise nuestra decisión de negar su pedido. La persona que realice la revisión no será la misma que denegó su pedido. Obedeceremos el resultado de dicha revisión. No obstante, ciertas negaciones, como las relacionadas con las notas de psicoterapia no serán revisadas.

Derecho de solicitar correcciones. Si considera que la información de salud que mantenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitar que la corriamos. Usted tiene derecho a solicitar la corrección de cualquier información que mantengamos sobre usted. Para solicitar una corrección debe hacerlo por escrito, presentándola al Funcionario de Confidencialidad y/o la persona que este designe, y debe estar contenida en una hoja de papel legible, manuscrita o mecanografiada. Además, debe presentar un motivo que respalde su solicitud de una corrección.

Podríamos denegar su pedido de corrección si no está por escrito o no incluye un motivo para solicitar el cambio. Asimismo, podríamos denegar su pedido si nos solicita corregir información que:

- No fue creada por nosotros;
- No forma parte de la información de salud mantenida por AACI
- No forma parte de la información que usted tiene permitido inspeccionar o fotocopiar; y/o
- Sea exacta y completa

Toda corrección que hagamos a su información de salud será divulgada a los profesionales de cuidados de la salud que participan en su caso y terceros para que realicen operaciones de pago y cuidados de la salud, según se describe previamente en este aviso.

Derecho a recibir un resumen de las divulgaciones. Usted tiene derecho a recibir un resumen de ciertas divulgaciones que hayamos hecho de su información de salud. Un resumen no incluirá todas las divulgaciones que hayamos hecho. Por ejemplo, un resumen no incluirá las divulgaciones:

- Para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud según se describió previamente en este aviso;
- Vinculadas con su autorización por escrito;
- A un familiar, pariente o amigo personal involucrado en su cuidado o pago por su cuidado cuando nos haya dado su autorización para hacerlo; y/o
- A los oficiales de la ley según lo permitan las leyes estatales y federales.

Para solicitar un resumen de las divulgaciones, debe presentar su pedido por escrito al Funcionario de Confidencialidad y/o a la persona designada por este. Su pedido debe especificar un período de tiempo que no debe exceder los seis (6) años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será sin cargo. Para listas adicionales, le cobraremos el costo de proporcionarle la lista. Le informaremos el costo pertinente y usted podrá retirar o modificar su pedido en cualquier momento antes de incurrir en cualquier costo. En un plazo de 30 días desde su pedido, le enviaremos por correo una lista de las divulgaciones en formato de papel, o le informaremos dentro de ese plazo si no pudimos suministrar la lista y solicitaremos una extensión por 30 días más.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones a la información de salud que usamos o divulgamos sobre su tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud. Asimismo, tiene derecho a solicitar un límite sobre la información de salud que divulgamos sobre usted a alguien que participa en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no divulguemos información sobre usted a algún doctor u otro profesional de atención de la salud, o que no divulguemos información a su cónyuge sobre cierta atención que recibió.

No obstante, no estamos obligados a estar de acuerdo con su pedido de restricciones si nos resulta poco factible cumplir con su pedido o si consideramos que tendría un impacto negativo en nuestra capacidad de brindarle la atención. Sin embargo, si estamos de acuerdo, cumpliremos con su pedido a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia. Para solicitar una restricción, debe hacerlo por escrito al Funcionario de Confidencialidad y/o a la persona designada por este. En su pedido debe indicarnos qué información desea limitar y a quién desea que tal limitación se aplique.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera acerca de los asuntos relacionados con su salud. Por ejemplo, puede pedirnos que sólo nos comuniquemos con usted a su trabajo o por correo a una dirección específica.

Para solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera en particular, debe hacerlo por escrito al Funcionario de Confidencialidad y/o a la persona designada por este. No le pediremos que especifique la razón de su pedido. Su solicitud debe especificar de qué manera y dónde desea ser contactado. Si es factible hacerlo para AACI, cumpliremos con su pedido de recibir comunicaciones confidenciales.

Derecho a recibir una copia en papel de este aviso. Tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso en cualquier momento. Para recibir una copia, solicítela al Funcionario de Confidencialidad y/o a la persona designada por este. Asimismo, puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web, en www.aaci.org.

Otros usos y divulgaciones de su información de salud protegida. Sólo por medio de su autorización por escrito se harán otros usos y divulgaciones de su información de salud protegida no comprendidos por este aviso o la ley aplicable. Mediante la presentación de una nota puede revocar en cualquier momento la autorización que proporcionó por escrito para que divulguemos su información de salud protegida. Si revoca su autorización, no usaremos ni divulgaremos su información de salud protegida por los motivos citados en su autorización escrita. Usted entiende que no podemos retrotraer cualquier uso o divulgación anterior que hayamos realizado con su autorización, y que estamos obligados a mantener nuestros registros sobre la atención que le brindamos.

Cambios a este aviso. AACI se reserva el derecho de modificar este aviso y hacer que el nuevo aviso sea efectivo para toda la información de salud que mantenemos acerca de usted, ya sea información que hayamos recibido previamente acerca de usted o información que podamos recibir en el futuro. Nuestro aviso indicará la fecha de vigencia en la primera hoja, en la parte superior del centro de la página. A solicitud, también le entregaremos una copia del aviso más reciente. En caso de controversia, remítase a la versión en inglés de este aviso.

Presentación de una queja. Si considera que su información de salud protegida ha sido divulgada de manera inapropiada y desea presentar una queja, sírvase describir lo sucedido y proporcione las fechas y nombres de todos los involucrados. Infórmenos también cómo contactarnos con usted para que podamos darle una respuesta a su reclamo. No será objeto de sanciones por presentar una queja. Puede presentar su queja al Funcionario de Confidencialidad o comunicarse con él para abordar sus inquietudes.



CONDICIONES DEL TRATAMIENTO

Nombre y Apellido : _____

For Staff Use Only

ID#: _____ Unicare ID# if applicable: _____

AACI opera un “Centro de Servicios Médicos” para brindarle una atención óptima. A fin de garantizar servicios de calidad y una mejor atención, usted debe leer y aceptar nuestras condiciones de tratamiento a continuación. Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de este documento, notifique al personal de servicio de AACI. Gracias.

CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO: Doy mi consentimiento para los procedimientos que reciba durante mi visita a AACI en cualquiera de sus ubicaciones y programas. Con su firma en la última página de este paquete, usted acuerda al tratamiento voluntario médico, de salud del comportamiento y servicios de otras agencias con AACI. Si usted es el representante legal del beneficiario, su firma proporciona dicho consentimiento.

- Su consentimiento para los servicios también implica que este proveedor o AACI tiene la obligación de informarle acerca de las recomendaciones para su atención, como también los riesgos, costos, beneficios y alternativas a la atención recomendada, para que usted pueda tomar una decisión fundada acerca de su participación en los servicios y sepa la relevancia que tendrán en su bienestar. Además de tener el derecho de suspender los servicios en cualquier momento, usted tiene el derecho de rehusarse a seguir todas las recomendaciones, intervenciones o procedimientos de tratamiento.
- AACI puede tener otros consentimientos para que usted firme que describen en más detalle los tipos de servicios que puede recibir. Dichos servicios pueden incluir, pero no se limitan a: evaluaciones y diagnósticos médicos y/o de salud del comportamiento; atención de la salud, psicoterapia; administración de caso; servicios de rehabilitación; servicios de medicamentos; derivaciones a otros profesionales; y consultas con otros profesionales en su nombre.

CONSENTIMIENTO PARA EDUCACIÓN: AACI es un establecimiento educativo que participa en la capacitación de médicos, psicólogos, asistentes sociales, estudiantes y pasantes, y otros proveedores de servicios de salud que pueden participar en la atención de los miembros según lo considere necesario el personal de AACI.

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS: Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías, cintas de video, imágenes digitales y otras de mi condición o tratamiento médico o quirúrgico y el uso de imágenes para los fines de mi diagnóstico o tratamiento para las operaciones de

AACI, incluyendo revisión de pares, registros médicos electrónicos, y programas de educación o capacitación.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN: El suscrito entiende que AACI debe compartir cierta información con otros proveedores internos o externos que participan de su atención. En determinados casos, la ley exige que AACI informe o divulgue cierta información. Dichas situaciones, como también sus derechos y limitaciones sobre la confidencialidad, se explican en el “Aviso sobre prácticas de confidencialidad” y en nuestro “Proceso de quejas del beneficiario y resolución de quejas”. La confidencialidad es un conjunto de reglas para proteger sus registros de salud y personales, limitando el acceso a sólo aquellas personas que lo necesitan. Toda su información de salud se mantendrá con carácter confidencial y no será compartida con terceros ajenos a AACI sin su consentimiento.

- Existen ciertas condiciones bajo las cuales se puede romper la confidencialidad y la información debe ser compartida con las personas pertinentes. Estas condiciones son las siguientes:
 1. Si usted amenaza con provocar daño a otra persona, se debe informar a esa persona y/o a la policía.
 2. Cuando sea necesario, si usted presenta una amenaza grave a su propia salud y seguridad.
 3. Se debe denunciar todas las instancias de sospecha de abuso de menores.
 4. Se debe denunciar todas las instancias de sospecha de abuso de una persona mayor o adulto dependiente.
 5. Si una corte nos ordena divulgar sus registros, debemos hacerlo.
 6. Para fines del seguro de salud.

ACUERDO FINANCIERO: El suscrito, ya sea firmando como paciente o representante de éste, acuerda pagar todos los cargos por los servicios de AACI que no estén cubiertos por el seguro público o privado, conforme las tarifas y términos de servicios para miembros de AACI. Si la cuenta es derivada a un abogado o agencia de cobranza, el suscrito acuerda pagar los costos reales por la gestión de cobranza, incluyendo honorarios de abogados y los intereses a una tasa legal.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: El suscrito, ya sea firmando como paciente o representante de éste, autoriza el pago directo a AACI o cualquier beneficio público o privado de otra manera pagadero a o en nombre del paciente para todos los servicios de AACI. Estos beneficios incluyen Medicare, Medi-Cal u otros beneficios de programas de atención de la salud del gobierno. El suscrito autoriza la divulgación de la información médica necesaria para determinar la elegibilidad y los beneficios pagaderos, y presentar y procesar reclamos para el pago.

REPRESENTANTE AUTORIZADO: El suscrito por medio de la presente autoriza a AACI, a su elección pero sin obligación, a representar al paciente en lo relativo a toda solicitud y apelación de elegibilidad y beneficios relacionados con Medicare, Medi-Cal u otros beneficios de programas del gobierno relacionados con los servicios brindados por AACI.

DIRECTIVA MÉDICA ANTICIPADA: Se ha ofrecido al suscrito material escrito acerca del derecho de aceptar o rehusar los tratamientos médicos. El suscrito entiende que no es un requisito tener una directiva anticipada para recibir los servicios médicos y del comportamiento de AACI. Por medio de la presente acuso recibo de la información sobre las directivas médicas anticipadas.

ACUSE DE RECIBO: Solicito el pago de los beneficios autorizados de Medicare en mi nombre para cualquier servicio brindado a mi persona por o en AACI. Además, por medio de la presente acuso recibo del aviso sobre prácticas de confidencialidad y la información relacionada con el proceso de quejas y reclamos del beneficiario.

This page has been intentionally left blank.

EL SUSCRITO CERTIFICA QUE HA LEÍDO Y ENTIENDE ESTA FORMA, HA RECIBIDO UNA COPIA DE LA MISMA, Y ACEPTA Y ACUERDA CUMPLIR CON SUS TÉRMINOS.

Nombre y Apellido del miembro/paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Parentesco: Miembro/Paciente Padre/Madre Curador Agente

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del padre/madre/curador/agente: _____

For Staff Use Only:

MRN# _____

Unicare ID# _____

- Patient refused to acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices despite the following attempts:

- Client was not able to give informed consent and/or acknowledgment this time; there is no known LPS Conservator or, if client is a minor, there is no known parent or legal guardian who can be located. (Describe efforts made to obtain consent and/or acknowledgment and the reasons why they could not be obtained):

- Other reasons:

Witness/Authorized Staff Signature: _____ Date: _____