Aviso, Consentimiento y Acuse de Recibo Sobre Politicas de Privacidad

Efectivo: 14 de abril de 2003

Usos y Divulgaciones de su Información de Salud

Professional Psychiatric Services puede utilizar su información de salud para tratamiento; obtener pago por el tratamiento), o para otras operaciones para el cuidado de la salud.

Podemos usar y divulgar su información de salud sin su autorización cuando se use para propósitos de (1) salud pública; (2) investigaciones sobre maltrato, abuso o violencia doméstica; (3) auditorías; (4) investigaciones científicas (sujeto a determinadas condiciones); (5) donación de órganos; (6) propósitos de compensación por accidentes del trabajo; (7) casos donde haya limitación para comunicarse con usted debido a un impedimento físico, por su condición o por lenguaje; (8) emergencias y (9) funciones especiales del gobierno. Divulgaremos su información de salud cuando es (10) requerido para el cumplimiento con la ley y para (11) mantener el orden público. Además, la podemos utilizar para (12) propósitos informativos (Ej. recordatorios de citas, comunicarle alternativas de tratamiento, recaudación de fondos, etc.). En cualquier otra circunstancia, solicitaremos su autorización escrita antes de utilizar o divulgar cualquier tipo de información de salud identificable de su persona. Si usted decide firmar la autorización para usar y divulgar su información, posteriormente puede revocar la misma y detener cualquier otro uso o divulgación futura. Cualquier cambio a nuestras politicas le seran informadas inmediatamente.

Sus Derechos de Privacidad

Usted tiene derecho a examinar y obtener copia de la información de salud de su persona que consta en su expediente clínico designado por la institución. Si solicita copia de dicha información se le cobrará la cantidad que dispone la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, según enmendada. Usted también tiene derecho a obtener un listado de todas las ocasiones en que hemos divulgado su información de salud para propósitos que no sean de tratamiento, pago y operaciones para el cuidado de la salud. Si usted entiende que la información en su expediente es incorrecta o se ha omitido información existente, usted tiene derecho a solicitar que se corrija la información existente o se añada la información que falta. La institución tiene derecho a denegar su solicitud en cuyo caso usted puede solicitar reconsideración. Toda determinación le será notificada por escrito y al igual que su solicitud, se incluirá en su expediente. Además, tiene derecho a solicitar que su información de salud le sea comunicada a determinada dirección que no sea la de su residencia o utilizando determinado medio particular (correo, "e-mail", etc..) Si éste aviso se le envió electrónicamente usted puede obtener copia en papel.

Si usted entiende que hemos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado sobre el acceso a su información de salud, puede comunicarse con la oficina que se menciona al final de éste aviso. También puede enviar una querella por escrito al Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos. La persona que se menciona al final puede proveerle la dirección si usted se lo solicita. Bajo ninguna circunstancia usted será objeto de represalias por radicar una querella.

Nuestra Obligación Legal

La ley nos obliga a proteger la privacidad de su información, proveerle éste aviso sobre nuestras prácticas de privacidad y cumplir con las prácticas que se describen en el mismo. Si usted tiene alguna pregunta o querella, comuníquese con el Oficial de Privacidad a Professional Psychiatric Services all *Teléfono:* 407-734-1273 .

Consiento y autorizo el uso y divulgación de mi información de salud para tratamiento, pago y otras transacciones y operaciones para el cuidado de mi salud según definidos en ley.

Patient's Name (please print by hand)	Record Number
Patient's Signature or Mark	Date
Authorized Representative's Name (if applicable)	Representative's Signature (if applicable)
Relationship with Patient	Date