[ ]  5608 Zuni Rd SE I Albuquerque, NM 87108 I Phone 505.262.6520 I Fax 505.265.7074

[ ]  625 Truman St NE I Albuquerque, NM 87110 I Phone 505.515.3912 I Fax 505.265.9713

[ ]  7317 Central Ave NE I Albuquerque, NM 87108 I Phone 505.308.8060 I Fax 505.266.6602

First Nations Community HealthSource, Inc.

**Aviso de Practicas de Privacidad**

**Nuestro Deber Legal**

Estamos obligados por ley aplicable federal y del estado a mantener la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a darle este Aviso de nuestras practicas de privacidad, nuestros deberes legales, y sus derechos acerca su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que están descrito en este Aviso mientras esta en efecto. Este Aviso este efectivo desde Abril 14, 2003 y se mantendrá efectivo hasta que sea remplazado.

Reservamos el derecho a cambiar nuestras practicas de privacidad y los términos de este Aviso a cualquier tiempo, siempre que dichos cambias sean permitidos por la ley aplicable. Reservamos el derecho a hacer cambios en nuestras practicas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso efectivos por la información de salud que mantenemos, incluyendo información de salud que emos creado o recibido antes de haber hecho los cambios. Antes de hacer cambios significantes en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y hacer el nuevo Aviso disponible a pedido.

Puede pedir una copia de nuestro Aviso a cualquier tiempo. Para más información sobre nuestras practicas de privacidad, o por copias adicionales de este Aviso, por favor de contactarnos usando la información listeada al fin de este Aviso.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACION DE SALUD

Usamos y divulgamos información de salud de usted para tratamiento, pagos, y operaciones de cuidado de salud. Por Ejemplo: Tratamiento: Podemos usar o divulgar su información a un médico u otro proveedor de cuidado de salud que lo esta tratando.

**Pagos:** Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener pagos por servicios que le dimos a usted.

**Operaciones de Cuidado de Salud:** Podemos usar y divulgar su información de salud en conexión con nuestras operaciones de cuidado de salud. Operaciones de cuidado de salud incluyen evaluación de calidad y actividades de mejoramiento, revisando la competencia o calificaciones de profesionales de cuidado de salud, certificaciones, licencias credenciales.

**Su Autorización:** En adición de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pagos, o operaciones de cuidado de salud, usted nos puede dar por escrito autorización a usar o divulgar su información de salud a cualquier persona por cualquiera razón. Si usted nos da una autorización, lo puede revocar por escrito a cualquier tiempo. Su revocación no afectara alguna uso o divulgación permitida por su autorización cuando estaba en efecto. Al menos que nos da por escrito autorización, no podemos divulgar o divulgar su información de salud por cualquiera razón excepto a las razones de este Aviso.

**A Su Familia y Amigos:** Debemos divulgar su información a usted, como esta dicho en los Derechos de Pacientes en la sección de este Aviso. Podemos divulgar su información a un miembro de familia, amigo, o otra persona a la medida necesario a ayudar con su cuidado de salud o con pagos de su cuidado de salud, pero solamente si usted esta de acuerdo que lo hagamos.

**Personas Involucradas en su Cuidado:** Podemos usar o divulgar su información de salud para notificar, o asistir en la notificación de (incluyendo, identificando, o localizando) un miembro de familia, su represéntate personal o otra persona responsable por su cuidado, por su locación, su condición general, o muerte. Si esta presente, entonces antes de usar o divulgar su información de salud, le daremos la oportunidad a oponer a ciertos usos o divulgaciones. En el evento de su discapacidad o circunstancia de emergencia, divulgaremos información de salud basado en una determinación usando nuestro juzgo profesional divulgando solamente información de salud que esta directamente relevante a las personas involucrados en su cuidado de salud. También usaremos nuestro juzgo profesional y nuestras experiencias con practicas comunes para hacer inferencias razonables para su mejor interés en permitiendo a una persona que recoja prescripciones llenados, suministros médicos, ultrasonidos, u otras formas similares de información de salud.

**Marketing Servicios, Relacionados a Salud:** No usaremos su información de salud para comunicaciones de marketing sin su autorización por escrito.

**Requerido por Ley:** Podemos usar o divulgar su información de salud cuando es requerido hacerlo por la ley.

**Mínimo Necesario:** Usaremos o divulgaremos solamente lo mínimo necesaria información de salud para lograr el propósito entendido.

**Abuso o Negligencia:** Podemos divulgar su información de salud a las autoridades apropiadas si con razonablemente sospechamos que usted es posible victima de abuso, negligencia, o violencia doméstica, o posible victima de otros crímenes. Podemos divulgar su información de salud al medio necesario para evitar una amenaza seria a su salud o seguridad o la salud o seguridad de otros.

**Seguridad Nacional:** Podemos divulgar a autoridades militar su información de salud a personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar a autorizar la información de salud de federales oficiales requeridos por inteligencia legal, contrainteligencia, y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar a institutos correccionales o oficiales de ley teniendo custodia legal de información de salud protegido de el preso o paciente bajo ciertas circunstancias.

**Recuerdos de Citas:** Podemos usar o divulgar su información de salud para darle recuerdos de citas (como mensajes de voz, postales de correo, o cartas).

**Derechos de Paciente:**

**Acceso:** Usted tiene el derecho a ver o obtener copias de su información de salud, con excepcionas limitadas. Usted puede pedir que le demos copias en forma aparte de fotocopias. Usaremos la forma que usted elige a lo menos que la forma no sea práctica. Puede pedir acceso por mandando una carta a la dirección al final de este Aviso. Le cobraremos una tarifa basada en costo razonable por las expensas como copias y tiempo del personal. Si usted pide copias, le cobraremos $.075 por cada página, $10 por tiempo del personal para localizar y copiar su información de salud, el costo actual de reproducir ultrasonidos y gastos de envió si usted quiere copias mandadas por correo a usted. Si pide una forma alternativa, le cobraremos una tarifa basada en costo para darle su información de salud en esa forma. Si usted prefiere, le prepararemos un resumen o explicación de su información de salud por una tarifa.

**Contabilidad de Divulgación:** Usted tiene el derecho de recibir una lista de instancias en las que nosotros o nuestros asociados de negocios divulgaron su información de salud por el propósito, que no fue de tratamiento, pagos, operaciones de cuidado de salud y ciertos otras actividades, por los últimos seis años, pero no antes de Abril 14, 2003. Si usted pide esta contabilidad mas de una ves en un periodo de 12 meses, le podemos cobrar una tarifa basada en costo razonable por responder a estos pedidos adicionales. Restricciones: Usted tiene el derecho de pedir que pongamos restricciones adicionales en nuestro uso o divulgaciones de información de salud. Nosotros no estamos requeridos a estar de acuerdo con las restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

**Comunicación Alternativa:** Usted tiene el derecho a pedir que nos comunicemos con usted sobre su información de salud con métodos alternativos o a locaciones alternativas. Usted debe hacer su pedido por escrito. Su pedido debe especificar el método alternativo o la locación y dar explicación satisfactoria en como pagos serán manejados bajo los métodos o locaciones alternativos que usted pide.

**Enmiendo:** Usted tiene el derecho a pedir que enmendamos su información de salud. Su pedido debe ser por escrito, y debe explicar porque la información debe ser enmendada. Nosotros podemos negar su pedido bajo ciertas circunstancias.

**Aviso Electrónica:** Si usted recibe este Aviso en nuestra sitia de Web o por correo electrónica (e-mail), usted esta intitulado a recibir este Aviso en forma escrita.

**PREGUNATS Y QUEJAS**

Si usted quiere más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o quejas, por favor de contactarse con nosotros. Si usted tiene preocupaciones que nosotros podíamos haber violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que hicimos sobre acceso a su información de salud o en respuesta a un pedido que usted hico a enmendar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o de pedir que nosotros nos comunicemos con usted por forma o locación alternativas, usted puede hacer una queja con nosotros usando la información de contacto al final de este Aviso. Usted también puede someter una queja por escrita al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos. Nosotros le daremos la dirección para someter su queja con el Departamento de Salud de Servicios Humanos si usted lo pide.

Nosotros apoyamos sus derechos a privacidad de su información de salud. Nosotros no tomaremos represalias de cualquier manera si usted decide a someter una queja con nosotros o el Departamento de Salud y Servicio Humanos de los Estados Unidos.

Oficial de Contacto: Lanaeda Ortiz, Supervisora de Recursos Humanos

Dirección: 5608 Zuni SE Albuquerque NM 87108

Teléfono: 505-262-6560 Fax: 505-262-0781

Correo Electrónico (email): Lanaeda.ortiz@fnch.org

**Límites a Confidencialidad**

**Usos y Divulgaciones de Información de Salud sin Consentimiento o Autorización**

FNCH puede usar o divulgar Información de Salud Protegida (PHI) sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias:

* **Abuso Infantil:** En ciertas circunstancias, FNCH esta requerida a reportas abuso infantil en varias formas, incluyendo negligencia,
* **Abuso Domestico y Abuso de Adulto:** Si FNCH tiene causa razonable de creer que un incapacitado o adulto mayor esta siendo abusado, negligido, o explotado, FNCH esta requerido a reportarlo a el Estado de Nuevo México, el Departamento de Niños, Jóvenes, y Familias, y/o Servicios de Protección de Adultos.
* **Procedimientos Judiciales o Administrativos:** Si usted esta involucrado en un procedimiento de corte y un pedido se hace para información de su diagnostico y tratamiento y los récords de este, esta información es confidencial (y posiblemente privilegiada) bajo la ley del estado y federal, y FNCH no puede divulgar información sin autorización por escrito de usted o un representante legal apuntado. Si usted no tiene un abogado, FNCH puede reclamar psicoterapita/paciente privilegios por su cuenta. Sin embargo, FNCH debe divulgar información cuando es ordenada por la corte. Sea consiente, que, si usted reclama angustia mental o emocional en un procedimiento de corte, usted puede en algunos casos renunciar la confidencialidad de sus récords de tratamiento.
* **Amenazas Serias a su Salud o Seguridad**: Cuando su terapista determina que divulgación de su información es necesario para proteger contra un riesgo substancial e inminente puede causar daños severos a usted o otros, FNCH tiene una responsabilidad a reportar esta información a las partes apropiadas que abordaran esos riesgos (policía y/o la victima potencial).
* **Incidentes Críticos:** Incluyendo abuso, negligencia, explotación, servicios de emergencia, hospitalización, muerte, involucramiento de oficiales de ley, recipientes desaparecidos y peligros ambientales que comprometan la salud y la seguridad de un recipiente debe ser reportado por proveedores de salud mental para todos los clientes recibiendo Centennial Care.

Yo entiendo que mis récords de alcohol y/o tratamiento de drogas son protegidas bajo regulaciones federales gobernando Confidencialidad de Récords de Pacientes de Abuso de Alcohol y Drogas, 42 CFR Parte 2, y la ley de Transferencia y responsabilidad de seguros de salud de 1996 (HIPPA) 45 CFR partes 160 y 164, y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito al menos que se disponga lo contrario en el reglamento. E recibido una copia de esta declaración.