



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

MOTIVO:

El propósito de esta política es brindar orientación sobre el contenido y uso del Aviso de prácticas de privacidad de Aspire ("NOPP"), cuya copia actualizada se adjunta a esta política como Adjunto "A".

POLÍTICA:

1. Política general:

A excepción de lo dispuesto en esta política, todos los clientes tienen derecho a recibir un aviso apropiado sobre los usos y las divulgaciones de la información médica protegida (PHI) que puede realizar Aspire, y todos los derechos del cliente en virtud de la HIPAA y los deberes legales de Aspire con respecto a la PHI.

2. Reclusos:

Los reclusos no tienen derecho a un NOPP en virtud de esta política.

3. Debe estar redactado en lenguaje claro:

Cuando esta política lo exija, Aspire proporcionará un NOPP que esté redactado con lenguaje claro y que contenga todos los elementos requeridos en esta política. Contendrá la siguiente declaración como encabezado o de otra forma visualmente prominente: "ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA/PSIQUIÁTRICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE".

4. Contenido del NOPP:

El NOPP contendrá lo siguiente:

- (a) Una descripción, incluido al menos un ejemplo, de los tipos de usos y divulgaciones que Aspire tiene permitido realizar para cada uno de los siguientes fines: Tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- (b) Una descripción de cada uno de los demás propósitos para los que Aspire puede o debe utilizar o divulgar la PHI sin autorización por escrito del cliente.

- (c) Si un uso o divulgación por cualquier motivo está prohibido o materialmente limitado por otra ley aplicable, se aplicará la ley más estricta a la descripción de dicho uso o divulgación.
- (d) La descripción incluirá suficientes detalles para notificar al cliente sobre los usos y divulgaciones que están permitidos o son exigidos según la HIPAA y otras leyes aplicables.
- (e) Una declaración de que se realizarán otros usos o divulgaciones únicamente bajo autorización por escrito del cliente y de que el cliente puede revocar dicha autorización.

5. Requisitos especiales:

Si Aspire busca participar en cualquiera de las siguientes actividades, el NOPP incluirá una declaración por separado, según corresponda, de que:

- (a) Es posible que Aspire se contacte con el cliente para recordarle citas o proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otras prestaciones y los servicios relacionados con la salud que pueden ser de interés del cliente.
- (b) Es posible que Aspire se ponga en contacto con el cliente para recaudar fondos para Aspire.

6. Declaración acerca de los derechos del cliente:

El NOPP contendrá una declaración de los derechos del cliente en virtud de la HIPAA con respecto a la PHI y una breve descripción de cómo el cliente puede ejercer estos derechos, de la siguiente manera:

- (a) El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de PHI, incluida una declaración que señale que Aspire no tiene la obligación de aceptar una restricción solicitada con la siguiente excepción:

Aspire tiene la obligación de otorgar esta restricción. El cliente puede solicitar una restricción sobre la divulgación de PHI si la información se divulga a un plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica (y no es para fines de tratamiento); y la PHI pertenece únicamente a un elemento o servicio de atención médica por el cual el cliente ha pagado a Aspire de su bolsillo y en su totalidad.
- (b) El derecho a recibir comunicaciones confidenciales de PHI, según corresponda.
- (c) El derecho a inspeccionar y copiar PHI. Un cliente puede obtener una copia de la PHI que solicitó en formato electrónico. Aspire puede cobrarle al cliente cualquier tarifa por los costos de mano de obra en los que se incurrió para responder a esta solicitud.
- (d) El derecho a corregir la PHI.
- (e) El derecho a recibir un registro de divulgaciones de PHI.
- (f) El derecho de un cliente a obtener una copia impresa del NOPP por parte de Aspire a solicitud.

- (g) El derecho a ser notificado sobre una infracción de seguridad que involucra la PHI no asegurada del cliente.

7. Requisitos adicionales:

El NOPP también contendrá lo siguiente:

- (a) Una declaración de que Aspire tiene la obligación legal de mantener la privacidad de la PHI y de brindar a los clientes un Aviso de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI.
- (b) Una declaración de que Aspire tiene la obligación de acatar los términos del NOPP actualmente vigentes.
- (c) Para que Aspire aplique un cambio en las prácticas de privacidad que se describen en el NOPP a la PHI que Aspire creó o recibió antes de emitir un NOPP revisado, una declaración de que se reserva el derecho a cambiar los términos del NOPP y a aplicar las nuevas disposiciones del NOPP a toda la PHI que conserva. La declaración también debe describir cómo proporcionará a los clientes una copia del NOPP revisado.

8. Reclamos:

El NOPP contendrá una declaración de que los clientes pueden presentar un reclamo ante Aspire y ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos si consideran que se han violado sus derechos a la privacidad, una breve descripción de cómo el cliente puede presentar un reclamo ante Aspire y una declaración de que no se tomarán represalias contra el cliente por presentar un reclamo.

9. Persona de contacto:

El NOPP contendrá el nombre, o título, y el número de teléfono de la persona u oficina con la cual pueden comunicarse para obtener más información.

10. Fecha de entrada en vigencia:

El NOPP contendrá la fecha en la que el NOPP entre en vigencia, que no puede ser anterior a la fecha en la que el Aviso se imprime o se publica.

11. Prácticas más restrictivas:

Las prácticas más restrictivas no figuran en el NOPP, pero sí figuran en la Política de divulgaciones que requieren autorizaciones y la Política de divulgaciones que no requieren autorizaciones.

12. Revisiones:

Aspire revisará y distribuirá de manera oportuna su NOPP cuando se produzca un cambio material en los usos o divulgaciones, en los derechos de los clientes en virtud de la HIPAA, en los deberes legales de Aspire o en otras prácticas de privacidad señaladas en el NOPP. A excepción de lo exigido por ley, es posible que no se implemente un cambio material a un término del NOPP antes de la fecha de entrada en vigencia del NOPP, donde dicho cambio material se ve reflejado.

13. Disponibilidad para los clientes:

Aspire pondrá a disposición de todos los clientes y de otras personas el NOPP exigido en esta política a solicitud y según corresponda.

14. Entrega a los clientes:

Aspire:

- (a) Proporcionará el NOPP a más tardar en la fecha de la primera prestación de servicio, incluido el servicio prestado por medios electrónicos, o en una situación de tratamiento de emergencia, lo antes posible tras la situación de tratamiento de emergencia.
- (b) Pondrá el NOPP a disposición de los clientes que lo soliciten en cada lugar donde se prestan servicios.
- (c) Publicará el NOPP en un lugar claro y prominente en cada centro donde se prestan servicios, donde sea razonable esperar que los clientes que solicitan servicios a Aspire puedan leer el NOPP.
- (d) A excepción de las situaciones de tratamiento de emergencia, hará esfuerzos de buena fe por obtener un acuse de recibo del NOPP por escrito, y si no lo obtiene, documentará los esfuerzos de buena fe y el motivo por el que no pudo obtenerse.

15. Sitios web:

Aspire mantiene un sitio web donde se proporciona información sobre los servicios o beneficios de Aspire para el cliente, publicará el NOPP en un lugar prominente del sitio web y pondrá a disposición el NOPP en formato electrónico a través del sitio web.

Cuando se revise el NOPP, se pondrá el NOPP a disposición de las personas que lo soliciten en la fecha de entrada en vigencia de la revisión o después de ella, si corresponde.

16. Cumplimiento de la TCPA:

Aspire utiliza sistemas de comunicación con SMS habilitado para conectar e impulsar la participación del cliente. Cuando un consumidor opta por permitir a Aspire comunicarse con él a través de SMS, también tiene la capacidad para excluirse de las comunicaciones por SMS mediante una respuesta al mensaje STOP o al solicitar a un empleado de Aspire que lo elimine de la lista de comunicaciones. No se compartirá ninguna información móvil con terceros/afiliados para fines de marketing/promoción. Todas las categorías indicadas en esta política de privacidad excluyen los datos de registro y el consentimiento del remitente de los mensajes de texto; esta información no se compartirá con ningún tercero. Para garantizar el cumplimiento en lo que respecta a SMS para las comunicaciones de la empresa con el consumidor, especialmente cuando está involucrada la información médica del paciente (PHI), todos los empleados de Aspire cumplirán con estos principios clave:

- obtener consentimiento documentado explícito por parte de los receptores;
- cumplir con la Ley de Protección al Consumidor de Servicios Telefónicos (TCPA) para evitar mensajes no deseados;

- proteger la privacidad del paciente al cumplir estrictamente con la normativa de la HIPAA, incluidas la Norma de privacidad, la Norma de seguridad, la Ley HITECH, las leyes específicas de Indiana y las Políticas y procedimientos de Aspire;
- implementar medidas de seguridad sólidas para proteger la PHI, y
- revisar y actualizar cada cierto tiempo las políticas y los procedimientos de cumplimiento para mantenerse al día con las normativas cambiantes.

Declaración programada en el SMS inicial:

La privacidad del consumidor es importante para Aspire. *No se compartirá ninguna información móvil con terceros/afiliados para fines de marketing/promoción. Todas las categorías indicadas en esta política de privacidad excluyen los datos de registro y el consentimiento del remitente de los mensajes de texto; esta información no se compartirá con ningún tercero. Los usuarios finales pueden excluirse de recibir más mensajes al responder STOP o solicitar más información al responder HELP. La frecuencia de los mensajes varía. Pueden aplicarse tarifas por mensajería y datos. Para revisar la Política de privacidad de Aspire, entre a este enlace: [Política de privacidad](#).*

PROCEDIMIENTOS:

1. Aspire conservará copias de todos los NOPP emitidos durante al menos seis (6) años para documentar el cumplimiento de los requisitos del NOPP.
2. Cuando un cliente llegue para su primer servicio, un miembro calificado del personal de Aspire proporcionará una copia del NOPP al cliente y responderá las preguntas que el cliente haga.
3. Entonces, el miembro del personal solicitará al cliente firmar y fechar el acuse de recibo del NOPP, que se incluye en el Formulario de solicitud de servicios y consentimiento para tratamiento, o la página de firmas del NOPP únicamente para clientes que asisten a grupos educativos. Si el cliente se niega a firmar el Formulario de solicitud de servicios y consentimiento para tratamiento, consulte esa política para ver opciones. Para fines educativos, el miembro del personal documentará en la hoja de firmas el intento por obtener la firma del cliente y los motivos por los cuales el cliente se negó a firmar. El personal firmará y fechará sus notas en el documento de acuse de recibo del NOPP.
4. El Formulario de solicitud de servicios y consentimiento para tratamiento o la página de firmas del NOPP para grupos educativos se escanearán en el historial médico electrónico del cliente.
5. Si Aspire enmienda o revisa el NOPP, se pondrá a disposición de cada cliente una copia de la versión enmendada o revisada del NOPP de manera oportuna.

Aprobado: CCC - 7-21-10

Revisado: CCC - 4-15-15

Revisado: CCC - 9-16-15

Revisado: CCC - 5-18-16

Revisado:

Aprobado: CCC - 12/26/2024

Aprobado: Junta Directiva de Aspire - 1/9/2025

Adjunto A - Aviso de prácticas de privacidad (NOPP)

Adjunto B - Página de firmas del NOPP para grupo educativo



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigencia: 9-16-2015

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA/PSIQUIÁTRICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con:

**Privacy Officer, 765-335-7705,
2020 Brown Street, Anderson, IN 46016**

Nuestro compromiso con usted. Su información médica —lo que significa cualquier información escrita u oral que creamos o recibimos y que describe su estado de salud (médico/psiquiátrico), su tratamiento o sus pagos— es personal. Por lo tanto, Aspire se compromete a proteger su información médica según lo estipula la ley. Le hacemos llegar este Aviso de privacidad para informarle sobre (1) cómo usaremos y divulgaremos su información médica "protegida" o "PHI" y (2) cómo puede ejercer ciertos derechos individuales relacionados con su PHI como cliente de Aspire. Tenga en cuenta que cualquier parte de su PHI que califica como registros de salud mental, registros de tratamientos para el abuso de alcohol y el consumo de drogas, registros de enfermedades transmisibles o registros de pruebas genéticas, se protegerá como "PHI especial", que se divulgará solamente con su autorización previa expresa por escrito, conforme a una orden judicial válida o según lo exija la ley. La ley nos exige mantener la privacidad de su PHI y proporcionarle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad.

I. **Cómo usaremos y divulgaremos su PHI**

- A. **Para brindar tratamiento.** Podemos usar y divulgar su PHI para proporcionar, coordinar o gestionar su atención médica y los servicios relacionados. Esto incluye la gestión o coordinación de su estado médico y atención médica con otro centro médico. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a una farmacia para surtir una receta o a un laboratorio para ordenar un análisis de sangre. Además, podemos divulgar su PHI a otro médico que puede estar tratándolo o consultando con nosotros sobre su atención.
- B. **Para obtener pago.** Asimismo, podemos usar y divulgar su PHI, según sea necesario, para obtener pago por servicios que le prestamos. Esto puede incluir ciertas comunicaciones con su compañía de seguro de salud o su plan de salud para confirmar (1) su elegibilidad para recibir beneficios médicos, (2) la necesidad médica de un servicio o procedimiento en particular, o (3) cualquier otro requisito de autorización previa o revisión de la utilización. Además, podemos divulgar su PHI a otro centro involucrado en su atención para las actividades de pago del otro centro. Por ejemplo, esto puede incluir la divulgación de información demográfica a otro consultorio involucrado en su atención o a un hospital adonde fue ingresado recientemente, para fines de pago.
- C. **Para realizar operaciones de atención médica.** Además, podemos usar o divulgar su PHI, según sea necesario, para continuar con nuestras operaciones diarias de atención médica y para brindar atención de calidad a todos nuestros clientes, pero solo si es necesario obtener dicha información.

Entre estas operaciones de atención médica se pueden incluir actividades tales como: mejora de la calidad, opiniones sobre los médicos y empleados, programas de capacitación para profesionales de la salud, incluidos aquellos donde los estudiantes, aprendices o practicantes de atención médica aprenden bajo supervisión; acreditación; certificación; actividades de obtención de licencia o credenciales; revisiones y auditorías de cumplimiento; defensa de un reclamo legal o administrativo; desarrollo de la gestión empresarial; y otras actividades administrativas. En ciertas situaciones, también podemos divulgar su PHI a otro centro de atención médica o plan de salud para que cumplan con sus propios requisitos relacionados con las operaciones de atención médica.

- D. **Para contactarnos con usted.** Para respaldar nuestros tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, también podemos comunicarnos con usted a su casa, ya sea por teléfono o correo, de vez en cuando (1) para recordarle una próxima cita o (2) para pedirle que devuelva la llamada a Aspire, a menos que nos pida, por escrito, que usemos métodos alternativos para comunicarnos con usted sobre estos asuntos. Además, podemos contactarnos con usted por teléfono para informarle sobre resultados específicos de las pruebas o los planes de tratamiento, pero solo con su autorización previa por escrito.
- E. **Para estar en contacto con su familia o sus amigos.** Asimismo, podemos divulgar parte de su PHI a sus familiares u otros parientes, a un amigo íntimo o a cualquier otra persona que usted especifique cada cierto tiempo, pero solo si la PHI (1) está directamente relacionada con la participación de la persona en su tratamiento o pagos relacionados, o (2) sirve para notificar a la persona sobre su ubicación física o un cambio repentino en su estado, mientras recibe tratamiento en nuestro consultorio. Si bien tiene derecho a solicitar restricciones razonables sobre estas divulgaciones, nosotros solo podremos otorgar aquellas restricciones que sean razonables y no demasiado difíciles de administrar, ninguna de las cuales se aplicará en caso de emergencia. Además, podemos divulgar información médica/psiquiátrica sobre usted a una entidad que brinda asistencia durante los esfuerzos de mitigación de desastres, para que su familia pueda estar informada sobre su condición, estado y ubicación.
- F. **Para realizar investigaciones.** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar parte de su PHI para fines de investigación, pero solo si la investigación está sujeta a procedimientos de aprobación especiales y si los investigadores llegan a un acuerdo con respecto a las normas necesarias que rigen los usos y las divulgaciones. Por ejemplo, en un proyecto de investigación pueden compararse dos medicamentos diferentes empleados para tratar una afección en particular en dos grupos diferentes de clientes al comparar la salud y la recuperación de los clientes de un grupo con los del segundo. Sin embargo, podemos divulgar información médica/psiquiátrica sobre usted a personas que se preparan para realizar un proyecto de investigación. Por ejemplo, para ayudarles a buscar clientes con necesidades médicas específicas, siempre y cuando la información médica/psiquiátrica que revisen no salga de Aspire Indiana. Podemos solicitar su permiso específico si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted, o si participará en su atención en Aspire Indiana. Cualquier otra investigación requerirá su autorización por escrito.
- G. **Conforme a las leyes que exigen o permiten la divulgación.** Podemos divulgar su PHI cuando la ley federal, estatal o local lo exija o lo permita, como se explicita a continuación:
 - 1. **Cuando hay riesgos a la salud pública.** Podemos divulgar su PHI para (1) reportar enfermedades, lesiones o discapacidades; (2) reportar eventos vitales como nacimientos y defunciones; (3) realizar actividades de salud pública; (4) recopilar y rastrear eventos y defectos relacionados con la FDA; (5) notificar a las personas correspondientes acerca de preocupaciones sobre enfermedades transmisibles; o (6) informar a los empleadores sobre problemas particulares en la fuerza laboral.
 - 2. **Para denunciar supuestos casos de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos notificar a las autoridades gubernamentales si consideramos que un cliente es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, pero solo si la ley lo exige o autoriza de manera específica o si el cliente autoriza la divulgación.
 - 3. **Para llevar a cabo actividades de supervisión de la salud.** Podemos divulgar su PHI a una agencia de supervisión de la salud para ciertas actividades, entre ellas, auditorías; investigaciones, acciones o procedimientos civiles, administrativos o disciplinarios; u otras actividades necesarias para una supervisión correcta, pero no divulgaremos su PHI si usted está sujeto a una investigación y su PHI no está relacionada directamente con la recepción de atención médica o beneficios públicos.
 - 4. **En relación con procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar su PHI en el transcurso de cualquier procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden de un tribunal

judicial o administrativo. En ciertas circunstancias, podemos divulgar su PHI en respuesta a una citación en caso de recibir garantías satisfactorias de que se le ha notificado a usted sobre la solicitud o de que se han hecho esfuerzos por asegurar una orden de protección.

5. **Para fines de seguridad pública.** Podemos divulgar su PHI a un oficial de seguridad pública para, entre otras cosas, (1) denunciar ciertos tipos de heridas o lesiones físicas, (2) identificar o localizar a ciertas personas, (3) reportar información limitada si usted es víctima de un crimen o si su atención médica fue necesaria debido a actividad criminal, pero únicamente en la medida en que lo exija o permita la ley.
 6. **Para médicos legistas, directores de funerarias o donación de órganos.** Podemos divulgar su PHI a un médico legista o médico forense para fines de identificación, para determinar la causa del deceso o para que el médico legista o médico forense realicen otros deberes. Además, podemos divulgar su PHI a un director de funeraria con el objetivo de permitirle al director de funeraria llevar a cabo sus deberes. Su PHI también se puede divulgar para fines de donación de órganos, ojos o tejidos.
 7. **En caso de una amenaza grave a la salud o seguridad o para funciones específicas del Gobierno.** Podemos, conforme a la ley aplicable y las normas de conducta ética, usar o divulgar su PHI si consideramos, de buena fe, que dicho uso o divulgación son necesarios para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad o a la salud o seguridad del público, o para ciertas funciones específicas del Gobierno permitidas por la ley. Divulgaremos información médica/psiquiátrica sobre usted a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente de Estados Unidos, a otras personas autorizadas o a jefes de Estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones especiales.
 8. **Para compensación para trabajadores.** Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes de compensación para trabajadores o programas similares.
 9. **Para recaudar fondos.** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar parte de su PHI para comunicarnos con usted y llevar a cabo actividades de recaudación de fondos en nuestro nombre, pero únicamente si lo permite la HIPAA. Tenga en cuenta que usted siempre tiene derecho a "excluirse" de recibir comunicaciones de recaudación de fondos en el futuro y que dicha decisión no tendrá ningún impacto en su tratamiento o el pago de los servicios.
 10. **Para comunicarnos con usted sobre su tratamiento.** Asimismo, podemos comunicarle, cada cierto tiempo, información a usted que puede animarlo a usar o comprar un producto o servicio en particular, pero solamente si está relacionado con su tratamiento y si lo permite la HIPAA.
- H. **Condiciones especiales**
1. **Militares y veteranos.** Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas, podemos divulgar información médica/psiquiátrica sobre usted según lo exijan las autoridades del comando militar. Además, podemos divulgar información médica/psiquiátrica sobre el personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.
 2. **Reclusos.** Si usted es recluso en un centro penitenciario o está bajo la custodia de un funcionario de seguridad pública, podemos divulgar información médica/psiquiátrica sobre usted al centro penitenciario o al funcionario de seguridad pública. Esta divulgación sería necesaria (1) para que el centro le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás; o (3) para garantizar la seguridad operativa y el orden del centro penitenciario.
- I. **Con su autorización previa expresa por escrito.** En los casos en los que no se aplique lo mencionado anteriormente, no divulgaremos su PHI o, lo que es más importante, su PHI especial, sin haber obtenido primero su autorización expresa por escrito. No usaremos o divulgaremos su PHI en ninguna de las siguientes situaciones sin su autorización por escrito:

1. usos y divulgaciones de PHI especial (si nosotros la registramos en el historial médico) excepto para llevar a cabo su tratamiento, para fines de pago o para operaciones de atención médica, en la medida de lo permitido o exigido por la ley;
2. usos o divulgaciones de PHI para llevar a cabo ciertas actividades de marketing que pueden animarlo a usar o comprar un producto o servicio en particular, para lo cual la HIPAA requiere su autorización previa expresa por escrito;
3. divulgaciones de PHI que constituyen una venta de su PHI en virtud de la HIPAA;
4. usos y divulgaciones de determinada PHI para fines de recaudación de fondos que la HIPAA no permite;
5. notas de psicoterapia; y
6. otros usos y divulgaciones que no se describen en este Aviso.

II. Sus derechos individuales con respecto a su PHI

- A. **Derecho a solicitar restricciones sobre la forma en la que usamos y divulgamos su PHI.** Puede solicitar que no usemos o divulguemos ciertas partes de su PHI, pero solamente si la solicitud es razonable. Por ejemplo, si paga por un servicio particular en su totalidad, de su bolsillo, en la fecha del servicio, puede pedirnos que no divulguemos ninguna PHI relacionada a su plan de salud. Además, puede pedirnos que no divulguemos su PHI a ciertos familiares o amigos que pueden estar involucrados en su atención o para otros fines de notificación descritos en este Aviso de privacidad, o cómo desea que nos comuniquemos con usted sobre sus próximas citas, alternativas de tratamiento y asuntos similares llamando a un número de teléfono o escribiendo a una dirección que no sean los de casa. *Tenga en cuenta que solo tenemos la obligación de aceptar las restricciones razonables y no demasiado difíciles de administrar para nosotros.* Le notificaremos en caso de rechazar alguna parte de su solicitud, pero si podemos aceptar una restricción en particular, nos comunicaremos con usted y accederemos a su solicitud, excepto en caso de emergencia. Bajo ciertas circunstancias, podemos optar por rescindir nuestra aceptación de una restricción si se vuelve muy difícil de llevar a cabo. Por último, tenga en cuenta que es su obligación notificarnos si desea cambiar o actualizar estas restricciones después de su visita, comunicándose directamente con el director de Privacidad.
- B. **Derecho a excluirse de la recaudación de fondos.** Podemos usar o divulgar su nombre, dirección, número de teléfono o información de su correo electrónico, edad, fecha de nacimiento, género, el estado de su seguro de salud, las fechas de servicio, información del departamento de servicio, información del médico tratante o información de resultados, a un socio comercial o fundación relacionada institucionalmente, con el objetivo de recaudar fondos a beneficio de Aspire. Aunque podemos contactarnos con usted para recaudar fondos para Aspire, tiene derecho a excluirse de recibir comunicaciones de recaudación de fondos en el futuro y su decisión no tendrá ningún impacto en su tratamiento o el pago de los servicios prestados en Aspire.
- C. **Derecho a recibir comunicaciones confidenciales de PHI.** Puede solicitar recibir comunicaciones de PHI de nuestra parte por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, y nosotros trabajaremos con usted para acceder a su solicitud de manera razonable. Por ejemplo, si prefiere recibir comunicaciones de PHI de nuestra parte solamente en una dirección, número de teléfono u otro método determinado, puede solicitarlo.
- D. **Derecho a inspeccionar y copiar PHI.** Puede inspeccionar y obtener una copia de la PHI que hemos creado o recibido mientras le brindamos tratamiento o recibimos pago por su tratamiento. Es posible obtener una copia en formato impreso o electrónico si usamos un formato médico electrónico. No obstante, en virtud de la ley federal, usted no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia; información recopilada con anticipación razonable a, o para utilizarse en, una acción o procedimiento civil, penal o administrativo; y la PHI que esté sujeta a una ley que prohíbe el acceso. Según las circunstancias, puede tener derecho a solicitar una segunda revisión en caso de que nuestro director de Privacidad rechace su solicitud de acceso a su PHI. Tenga en cuenta que no puede inspeccionar ni copiar su PHI si su médico considera que el acceso solicitado posiblemente ponga en peligro su vida o seguridad o las de otra persona, o si es posible que cause daño sustancial a otra persona mencionada en la información. Como se mencionó anteriormente, usted tiene derecho a solicitar una segunda revisión de esta decisión. Para inspeccionar y copiar su PHI, debe enviar una solicitud por escrito al director de Privacidad. Nosotros podemos cobrarle una tarifa por los costos razonables en los que incurramos para procesar su solicitud.

E. **Derecho a solicitar enmiendas de la PHI.** Usted puede solicitar que se enmiende su PHI siempre y cuando forme parte de nuestro registro oficial del cliente. Todas las solicitudes de ese tipo deben presentarse por escrito y dirigirse a nuestro director de Privacidad, 2020 Brown Street, Anderson, IN 46016. En ciertos casos, podemos rechazar su solicitud de enmienda. Si rechazamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo ante nosotros y nosotros podemos responder a su declaración por escrito y brindarle una copia.

F. **Derecho a recibir un registro de divulgaciones de PHI.** Usted tiene derecho a solicitar un registro de las divulgaciones de su PHI que hayamos realizado por motivos que no sean tratamiento, pago y operaciones de atención médica, los cuales se especifican en la Sección I (A-C) anterior. El registro no es obligatorio para reportar divulgaciones de PHI (1) a los familiares, amigos y otras personas involucradas en su tratamiento o pago, (2) que usted haya solicitado por escrito, (3) que haya aceptado al firmar un formulario de autorización, o (4) que nosotros debemos o podemos realizar según la ley. Tal como se señaló antes, debe presentar su solicitud por escrito a nuestro director de Privacidad, 2020 Brown Street, Anderson, IN 46016. En la solicitud debe especificarse el periodo de tiempo, pero tenga en cuenta que no tenemos la obligación de proporcionar un registro de divulgaciones que se hayan realizado antes del 14 de abril de 2003. Las solicitudes de registro no pueden realizarse para periodos de tiempo que superen los seis años. Proporcionaremos el primer registro que solicite durante cualquier periodo de 12 meses sin costo alguno. Las solicitudes de registro posteriores pueden estar sujetas a una tarifa razonable basada en el costo. Le notificaremos sobre el costo correspondiente y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en cualquier momento antes de que se incurra en costos.

G. **Derecho a recibir un aviso sobre filtraciones de datos.** Usted tiene derecho a recibir un aviso por escrito en caso de que nos enteremos de alguna adquisición, uso o divulgación no autorizados de su PHI que no se hayan asegurado correctamente según lo exigido por la HIPAA. Le notificaremos sobre la filtración lo antes posible, pero a más tardar sesenta (60) días después de descubrir la filtración.

H. **Derecho a presentar un reclamo.** Usted tiene derecho a comunicarse con nuestro director de Privacidad en cualquier momento si tiene preguntas, comentarios o reclamos sobre nuestras prácticas de privacidad o si considera que hemos violado sus derechos a la privacidad. Asimismo, tiene derecho a comunicarse con nuestro director de Privacidad o la Oficina de Derechos Civiles de Baltimore, Maryland, del Departamento de Salud y Servicios Humanos en relación con estos asuntos de privacidad, particularmente si considera que no hemos sido receptivos a sus preocupaciones. Lo instamos a comunicarse con nuestro director de Privacidad si tiene preguntas, comentarios o reclamos, ya sea por escrito o por teléfono, al siguiente contacto:

Aspire Privacy Officer
2020 Brown Street
Anderson, Indiana 46016
Teléfono: 765-335-7705
Fax: 765-622-7415

Tenga en cuenta que no tomaremos ninguna acción ni represalias de ningún tipo contra usted de ninguna manera como resultado de sus comunicaciones con Aspire o la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Como siempre, no dude en comunicarse con nosotros. Esperamos con ansias servirlo como cliente.

I. **Derecho a revocar la autorización.** Otros usos y divulgaciones que no se describen en este Aviso se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Tenga en cuenta que puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que hayamos tomado medidas sobre la base de la autorización.

- J. **Derecho a una copia impresa de este aviso.** Usted tiene derecho a contar con una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso en formato electrónico, aún tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso. Puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web. www.AspireIndiana.com. Para obtener una copia impresa de este aviso, comuníquese con la oficina de Aspire Indiana y solicite una copia.

III. **Medicaid**

Cuando la oficina de Medicaid le pida que firme una divulgación de información para que nosotros divulguemos su información médica/psiquiátrica a Medicaid, no condicionaremos el tratamiento en Aspire Indiana a su firma de esta divulgación. Si firma un formulario de Medicaid para que se divulgue su historial, cumpliremos con enviar su historial a Medicaid. Si no firma la divulgación, no enviaremos el historial. Si bien esto afectará su capacidad para recibir beneficios de Medicaid, no afectará su tratamiento en Aspire Indiana.

IV. **CAMBIOS EN ESTE AVISO.**

Nos reservamos el derecho a cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho a aplicar el aviso revisado o modificado a la información médica/psiquiátrica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en cada uno de nuestros centros. El aviso contendrá la fecha de entrada en vigencia en la primera página. Además, cada vez que se registre en Aspire Indiana o sea ingresado ahí para recibir tratamiento o servicios de atención médica como paciente hospitalizado o ambulatorio, le ofreceremos una copia del aviso actualmente vigente.

Adjunto B

ID del cliente: _____



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
Grupo educativo solamente

Al firmar esto, reconozco que he recibido una copia del documento Aviso de prácticas de privacidad. Asimismo, reconozco que entiendo la información y que se me ha informado sobre mis derechos y obligaciones, así como sobre los derechos y obligaciones de Aspire Indiana con respecto a mi información médica/psiquiátrica confidencial. Además, entiendo que puedo solicitar otra copia del documento Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento.

Firma del cliente

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Motivo que el cliente indicó para negarse a firmar este Aviso

Fecha en la que se negó la firma

SOLO PARA USO DEL PERSONAL:

**ESCANEAR DEBAJO DE LOS FORMULARIOS
DEL CLIENTE Y TRITURAR EL ORIGINAL TRAS LA
VERIFICACIÓN**