

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE SOUTHWESTERN BEHAVIORAL HEALTHCARE, INC.**

Nombre en letra de imprenta del cliente: \_\_\_\_\_ N.º de HC: \_\_\_\_\_

**ESTE AVISO DESCRIBE:**

- CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA
- CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN
- SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA
- CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA EN RELACIÓN CON UNA VIOLACIÓN DE LA PRIVACIDAD O SEGURIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA, O DE SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN

TIENE DERECHO A OBTENER UNA COPIA DE ESTE AVISO (EN FORMA IMPRESA O ELECTRÓNICA) Y A HABLAR AL RESPECTO CON NUESTRO DIRECTOR DE PRIVACIDAD AL (812) 436-4286 O POR CORREO ELECTRÓNICO A [PRIVACY@SOUTHWESTERN.ORG](mailto:PRIVACY@SOUTHWESTERN.ORG) SI TIENE PREGUNTAS.

**LEA ESTE AVISO DETENIDAMENTE.**

**Sus derechos**

Cuando se trata de su información médica, el reglamento federal (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico [HIPAA] y Parte 2) le proporciona ciertos derechos. En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades.

Tiene derecho a lo siguiente:

<b>Obtener una copia electrónica o impresa de su historia clínica.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedir ver u obtener una copia electrónica o impresa de su historia clínica y otra información médica que tenemos sobre usted. Consúltenos sobre cómo hacerlo.</li> <li>• Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica (a menos que haya motivos por los que no podamos hacerlo), habitualmente en un plazo de 30 días de su solicitud. Es posible que apliquemos un cargo razonable basado en el costo.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si no podemos proporcionar la información que solicitó, le notificaremos sobre los motivos por escrito dentro de los 30 días.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Pedirnos que corrijamos su historia clínica.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que considere que es incorrecta o que está incompleta. Consúltenos sobre cómo hacerlo.</li> <li>• Podemos negarnos a cumplir su solicitud, pero le notificaremos sobre los motivos por escrito en un plazo de 60 días.</li> </ul>
<b>Solicitar comunicaciones confidenciales.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma determinada (por ejemplo, teléfono de casa o de la oficina) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.</li> <li>• Daremos lugar a todas las solicitudes razonables de este tipo.</li> </ul>
<b>Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedirnos que <b>no</b> usemos ni compartamos cierta información médica para tratamiento, pago o nuestras operaciones.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud y podemos negarnos si esto afectara su atención (por ejemplo, ante una emergencia médica).</li> </ul> </li> </ul>

## Sus derechos (continuación)

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si usted paga el costo total de un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo, puede pedirnos que no compartamos esa información a los fines de pago o de nuestras operaciones con su aseguradora.<ul style="list-style-type: none"><li>○ Daremos lugar a su pedido, excepto que la ley nos exija que compartamos esa información.</li></ul></li></ul>
<b>Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido información.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede pedirnos una lista (enumeración) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quiénes la hemos compartido y los motivos para hacerlo.<ul style="list-style-type: none"><li>○ En el caso de registros de trastornos por abuso de sustancias solamente, la lista (enumeración) sería de los últimos tres años y también incluiría las veces en que compañías que ayudan a administrar o compartir sus registros compartieron su información, como sistemas de salud electrónicos o intercambios de información médica.</li></ul></li><li>• Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos un informe por año de manera gratuita, pero cobraremos un cargo razonable basado en el costo si nos pide otro en el plazo de los 12 meses.</li></ul>
<b>Obtener una copia de este aviso de privacidad y hacer preguntas.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha acordado recibir el aviso por medios electrónicos. Le proporcionaremos una copia impresa de manera inmediata.</li><li>• Puede hablar con nuestro director de privacidad sobre este aviso llamando al (812) 436-4286 o por correo electrónico a <a href="mailto:Privacy@Southwestern.org">Privacy@Southwestern.org</a>.</li></ul>
<b>Elegir a alguien para que actúe por usted.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si le ha otorgado a alguien un poder notarial permanente con fines médicos o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.</li><li>• Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y que pueda actuar por usted antes de tomar alguna medida.</li></ul>
<b>Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos; para ello, comuníquese con nosotros utilizando la información que figura en la página 1.</li><li>• Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. por correo a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, por teléfono al 1-877-696-6775 o por Internet, en <a href="http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/">www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/</a>.</li><li>• No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.</li></ul>

## Sus preferencias

**En el caso de cierta información médica, puede contarnos sus preferencias sobre lo que compartimos.** Si tiene una preferencia clara sobre cómo quiere que compartamos su información en las situaciones descritas a continuación, cuéntenos. Indíquenos qué quiere que hagamos y nosotros respetaremos sus instrucciones.

<b>En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de decirnos qué hacer:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compartir información con su familia, amigos cercanos u otros involucrados en su atención.</li><li>• Compartir información en una situación de alivio de desastres.</li></ul>
---	---

## Sus preferencias (continuación)

*Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si ha perdido el conocimiento, podemos avanzar y compartir su información si consideramos que es lo más beneficioso para usted. También podemos compartir su información cuando es necesario para atenuar una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad.*

En estos casos, *nunca* compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing.
- Venta de su información.
- La mayoría de los intercambios de notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Tiene derecho a elegir que no se lo contacte para recaudación de fondos.
- Si no nos ha pedido que no nos comuniquemos para fines de recaudación de fondos, podemos comunicarnos con usted, pero puede pedirnos que no volvamos a hacerlo.

Retirar su permiso:

- Si nos ha dado su permiso por escrito para compartir su información médica o de tratamiento por abuso de sustancias, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Esto se conoce como “revocar su consentimiento”. Para hacerlo, debe comunicar su deseo por escrito. Dejaremos de compartir su información una vez que recibamos su solicitud, excepto en el caso de información que ya hayamos compartido en función de su permiso previo.

## Usos y divulgaciones

**¿De qué forma usamos o compartimos habitualmente su información médica?** Por lo general, usamos o compartimos su información médica (excepto los registros de pacientes con trastornos por abuso de sustancias) sin necesitar su permiso de las siguientes formas:

Para darle tratamiento.

- Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que le estén brindando tratamiento.

*Por ejemplo, un terapeuta puede hablar con su médico de atención primaria para coordinar su tratamiento.*

Para gestionar nuestra organización.

- Podemos usar y compartir su información médica para atender nuestro consultorio, mejorar su atención y comunicarnos con usted de ser necesario.

*Por ejemplo, podemos consultar su expediente para saber si nuestros servicios están funcionando.*

Para facturar sus servicios.

- Podemos usar y compartir su información médica para facturar y obtener el pago de planes de salud y otras entidades.

*Por ejemplo, daremos información sobre usted a su plan de seguro de salud de modo que este pague por sus servicios.*

**¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información médica?** Tenemos permitido o estamos obligados a compartir su información (excepto los registros de pacientes con trastornos por abuso de sustancias) sin necesitar su permiso en otras situaciones. Estas son reglas legales específicas que debemos seguir antes de poder compartir su información para estos fines:

Para ayudar con problemas de salud pública y seguridad.

- Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones, por ejemplo:
  - Prevenir enfermedades.
  - Colaborar con retiradas de productos.
  - Notificar sobre reacciones adversas a medicamentos.
  - Informar sobre presunto abuso o negligencia.
  - Prevenir o atenuar una amenaza grave para la salud o seguridad de una persona.

## Usos y divulgaciones (continuación)

Para hacer investigaciones (si sucede en algún momento).	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas. En este momento no usamos su información para investigaciones. Si en algún momento decidimos hacer investigaciones en el futuro, respetaremos todas las leyes de privacidad y obtendremos su permiso cuando así se requiera.</li></ul>
Para cumplir con la ley.	<ul style="list-style-type: none"><li>Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así nos lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este quiere saber si cumplimos con las leyes federales de privacidad.</li></ul>
Para trabajar con un médico forense o responsable de una funeraria.	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos compartir información médica con un perito forense, médico forense o responsable de una funeraria cuando alguien fallezca.</li></ul>
Para abordar solicitudes de indemnización por accidentes de trabajo, de las fuerzas policiales u otras del gobierno.	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos usar o compartir información médica sobre usted:<ul style="list-style-type: none"><li>Para reclamos de indemnización por accidentes de trabajo.</li><li>Para fines de orden público o con un funcionario responsable de hacer cumplir la ley.</li><li>Con organismos de supervisión para actividades autorizadas por ley.</li><li>Para funciones gubernamentales especializadas, como servicio militar, seguridad nacional y de protección presidencial.</li></ul></li></ul>
Para responder a litigios y acciones legales.	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.</li></ul>
Seguridad militar y nacional.	<ul style="list-style-type: none"><li>Si es miembro de las fuerzas armadas, podemos compartir su información con autoridades del comando militar.</li></ul>
Reclusos y custodia.	<ul style="list-style-type: none"><li>Si está en prisión o bajo custodia policial, podemos compartir su información como ayuda para proporcionar atención o mantener la seguridad.</li></ul>
Privacidad de salud reproductiva.	<ul style="list-style-type: none"><li>No usaremos ni compartiremos su información médica para investigaciones o acciones legales vinculadas a atención legal de salud reproductiva, a menos que nos dé su permiso por escrito o así lo exija la ley. Si alguien le pide esta información, podemos solicitar que firmen una declaración en la que se confirme que el pedido no es para uno de estos fines prohibidos.</li></ul>

Para obtener más información sobre la HIPAA, visite: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html>.

## Reglas especiales para registros de trastornos por abuso de sustancias

Si recibe tratamiento para un trastorno por abuso de sustancias, los registros de su tratamiento están protegidos especialmente por una ley que se denomina Parte 2 (<https://www.ecfr.gov/current/title-42/part-2>).

Por lo general, usaremos o compartiremos información sobre registros de trastornos por abuso de sustancias cuando usted nos dé permiso **por escrito**. No obstante, hay algunas situaciones en las que compartiremos su información sin consentimiento, por ejemplo:

<b>Emergencias médicas.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Si está en peligro y no podemos obtener su permiso a tiempo, podemos compartir su información con personal médico que lo ayude.</li></ul>	<i><b>Por ejemplo, si ha perdido el conocimiento a causa de una sobredosis, podemos comunicar su historial de tratamiento al personal de primeros auxilios para que puedan ayudarlo de manera segura.</b></i>
-----------------------------	---	---

<b>Auditorías y evaluación del programa.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si organismos gubernamentales o contratistas necesitan comprobar el funcionamiento de nuestro programa.</li> </ul>	<i><b>Por ejemplo,</b> el departamento de salud del estado consulta nuestros registros para asegurarse de que estemos respetando las reglas y proporcionando atención de calidad.</i>
<b>Órdenes judiciales.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si un juez otorga permiso después de darle a usted (o a su representante) la posibilidad de expresarse.</li> </ul>	<i><b>Por ejemplo,</b> un juez nos ordena que compartamos sus registros para un juicio, pero solo después de que se le haya notificado a usted y de que haya tenido la oportunidad de oponerse.</i>
<b>Delitos en nuestras instalaciones o contra nuestro personal de trabajo.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir información limitada con las fuerzas policiales si alguien comete un delito en nuestra propiedad o contra nuestro personal.</li> </ul>	<i><b>Por ejemplo,</b> si alguien agrede a un miembro del personal o daña la propiedad, podemos comunicar a las fuerzas policiales lo sucedido y quiénes estaban involucrados.</i>
<b>Informes obligatorios sobre abuso.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenemos la obligación de informar sobre presunto abuso o negligencia de niños o adultos incapacitados ante las autoridades correspondientes, según lo exija la ley.</li> </ul>	<i><b>Por ejemplo,</b> si un asesor considera que se está abusando de un menor, tiene la obligación de informarlo ante las autoridades, incluso si el padre/la madre está en tratamiento.</i>
<b>Autoridades de salud pública (sin su nombre).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir información que no lo identifique como ayuda para proteger la salud pública.</li> </ul>	<i><b>Por ejemplo,</b> podemos informar sobre la cantidad de personas tratadas por una cierta afección ante el departamento de salud, pero no incluiremos nombres ni detalles personales.</i>

### Reglas especiales para registros de trastornos por abuso de sustancias (continuación)

Como hemos dicho, por lo general, usaremos o compartiremos información sobre registros de trastornos por abuso de sustancias cuando usted nos dé permiso **por escrito**. Esto incluye usar o compartir información para brindarle tratamiento, gestionar nuestra organización o facturar sus servicios.

No obstante, tiene derecho a darnos permiso por escrito una única vez para todo tratamiento futuro, operaciones de atención médica y facturación. Esto significa que no tiene que firmar un nuevo formulario cada vez que necesitemos compartir su información con otros proveedores o su seguro. Es necesario que firme este consentimiento para recibir tratamiento de manera continua de nuestra parte. Si elige no firmar, no podemos prestar servicios ni continuar con estos. Puede cambiar de opinión y retirar su permiso en cualquier momento.

No usaremos ni compartiremos su información de tratamiento del trastorno por abuso de sustancias por cualquier motivo diferente de lo descrito en este aviso, a menos que nos dé su permiso por escrito. Si no da su permiso, puede cambiar de opinión en cualquier momento.

### Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Nos comunicaremos con usted de inmediato si su información médica es consultada, compartida o usada en algún momento de alguna forma no permitida por la ley.
- Se nos exige que expliquemos nuestras responsabilidades y prácticas de privacidad en este aviso, y que le proporcionemos una copia de este.
- Debemos cumplir nuestras obligaciones y seguir las prácticas de privacidad descritas en este aviso.
- No usaremos ni compartiremos su información de alguna manera no descrita aquí, excepto que nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Comuníquese con nosotros si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

**Cambios en los términos de este aviso:** Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, por medios electrónicos o en forma de copia impresa. También se publicará en nuestras ubicaciones y en nuestro sitio web.

**Fecha de entrada en vigencia:** Este aviso entra en vigencia el 3 de julio de 2025.

**Información de contacto**

Director de cumplimiento y responsable de privacidad  
Correo electrónico: [Privacy@Southwestern.org](mailto:Privacy@Southwestern.org)  
Teléfono: (812) 436-4286  
Dirección: 415 Mulberry Street, Evansville, IN 47713

**Acuse de recibo de este aviso:** Cuando nos visite, podemos pedirle que firme para indicar que ha recibido este Aviso de prácticas de privacidad. Esto sirve solo para demostrar que le hemos dado una copia. Se nos exige que le pidamos que confirme por escrito que ha recibido el aviso. Sin embargo, no tiene la obligación de firmar el formulario.

- Firmarlo no implica que esté de acuerdo con nada.
- Si elige no firmar, todavía le proporcionaremos atención y respetaremos la ley.
- Si no firma, dejaremos asentado que le ofrecimos el aviso.

Puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento.

Se le pedirá que firme un formulario separado en el que confirme que ha recibido este aviso.