



Hillside Children's Center, Crestwood Children's Center, Hillside Work Scholarship Connection, Hillside Children's Foundation & Corporation & Crestwood Children's Foundation & Corporation

Aviso Confidencial

Fecha Efectivo: Abril 14, 2003

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICO PUEDE SER USADO Y REVELADO Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN

PORFAVOR DE REVISAR ESTE AVISO CON CUIDADO

- Hillside Family of Agencies (HFA) incluye Hillside Children's Center, Crestwood Children's Center, Hillside Work Scholarship Connection, Hillside Children's Foundation & Corporation, y Crestwood Children's Foundation & Corporation. Como HFA es usado en todas partes de este aviso, quiere decir HFA en general y/o una agencia individual (como en Hillside Children's Center).
- En este aviso "usted" se refiere a usted, su hijo, y/o su familia.
- Debido que el número de diferentes servicios proveídos por Hillside Children's Center, Crestwood Children's Center, & Hillside Work Scholarship Connection "usted" puede ser un cliente, consumidor, estudiante, individual. Para mantener las cosas simples "usted puede tener cualquiera de estos significados.

Hillside Family of Agencies entiende que información médico sobre su salud es personal. Estamos comprometidos a mantener la confidencia de su información médico protegido ("PHI"), que incluye su condición médico y/o su condición de salud mental y el cuidado y tratamiento recibido por HFA . Puede incluir PHI de familia también. Creamos un archivo del cuidado y servicios que usted recibe por HFA. Necesitamos este archivo para proveerle con cuidado de calidad y para acatar con requisitos legales. Este aviso detalla como el PHI incluido en su archivo puede ser usado y revelado a grupos terceros para llevar a cabo tratamiento, pagares por su tratamiento, actividades de asuntos día por día (operaciones de cuidado medico como definido abajo) de HFA, y por otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. Este aviso también detalla sus derechos con respecto a su PHI.

Somos requeridos de ir por las condiciones de este Aviso de Práctica Confidencial. Podemos cambiar las condiciones de nuestro aviso, en cualquier tiempo. El aviso sera efectivo para todo PHI que mantenemos en ese tiempo. En su petición, le proveeremos con cualquier revisión del Aviso de Práctica Confidencial por el acceso de nuestro web www.hillside.com o llamando el Centro de Integración (585-256-7500) y pedir que te manden una copia revisada por correo, correo electrónico, fax o preguntando por una en su próxima reunion.

USO Y REVELACIÓN DE PHI

Hillside Family of Agencies puede usar y/o compartir su información médico protegido (PHI) por tratamiento, pagares por su tratamiento, y operaciones de su cuidado medico de HFA. Su PHI puede ser usado y compartido por su planificador de servicios, otros miembros del equipo de tratamiento y otros fuera de nuestra agencia de los cuales estan envueltos en su cuidado y tratamiento para el propósito de proveerle servicios de salud.

1. Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos de y/o maneras de compartir su información que pueden ocurrir. No es decir que estos ejemplos incluyen todos tipos de usos y/o revelaciones posibles.
 - a) **Tratamiento** – Para poder proveer, organizar y manejar su cuidado de salud, HFA proveera su información a otros proveedores de cuidado de salud, de trabajadores de HFA's o no, directamente envueltos en su cuidado para que puedan entender su condición y necesidad médico y/o salud mental y proveer consejo y/o tratamiento. Por ejemplo, un proveedor de salud mental tratando a su

niño por una condición como depresión necesitara saber cuales medicamentos le han sido recetadas por otros proveedores en HFA y/o en la comunidad.

- b) **Pago** – Su información sera usada, cuando es necesario, para obtener pagares para servicios que le son proveido. HFA proveera su información a servicios de cuenta, a pagadores terceros apropiados, como requerido. Por ejemplo, quizás HFA necesitara proveerle a Medicaid con información de los servicios que has recibido de HFA para que HFA pueda ser pagada.
- c) **Operaciones de Cuidado de Salud** (actividades negociales)– Cuando es necesario, podemos usar o compartir su información para poder soportar las actividaes de negocios y opercaiones de HFA como es requerido por la ley y requicitos de los financieros además de continuarle el cuidado eficaz y de calidad. Estas actividaes incluyen, pero no son limitados a, actividades de medidas de calidad, evaluaciones de desempeño de HFA empleados, entrenamiento para estudiantes de trabajos, autorizaciones, actividades de recaudación de fondos y marketing, inspecciones credenciales/autorizaciones y llevando o organizar otras actividades negociales.

AUTORIZACIÓN NO REQUERIDA

1. HFA puede usar y/o compartir su información, sin una autorización escrita por usted, en los siguientes casos:

- a) **Sacar Información Identificable** – Su información es cambiada para que no te identifican. Información tambien es quitada (e.g. su nombre, dirección).
- b) **Socio de Negocio** – A un socio de negocio (alguien HFA contrata para proveerle con servicios) para pagar su tratamiento y nuestras actividades negociales (e.g. servicio de cuentas o servicio de transcripción). HFA obtendra aseguro escrito, en acuerdo con leyes aplicables, el socio negocial protegera su información.
- c) **Representante Personal** – Para una persona, bajo la ley, tiene la autorización para representarle en haciendo decisiones de cuidado de salud.
- d) **Actividades Públicos de Salud** – Tal actividades pueden ser, información colectada por una autoridad pública de salud, como autorizada por la ley, para prevenir o controlar enfermedad, herida o discapacidad. Esto incluye denuncia de abuso o descuido de un niño.
- e) **Administración Federal de Medicamentos (FDA)**- Como es requerido por el FDA a reportar eventos adversos, defectos en productos o problemas o desviación de productos biológicos, o seguir productos, permitir volver a llamar productos, reparaciones o reemplazar, o conducir vigilancia antes de marketing.
- f) **Abuso, Descuido o Violencia Doméstica** – A una autorización gubernamental, HFA es requerido por ley hacer tal revelación. HFA lo hara si cree que compartiendo información es necesario para impedir daño serio o si HFA cree que he sido un víctima de abuso, descuido o violencia doméstica. Tal revelación sera hecha en acuerdo con lo requerido por ley, que puede tambien envolver notificarle de tal revelación.
- g) **Actividades de Descuido de Salud** – Tal actividades, requeridos por ley, envuelven agencias de gobiernos envueltos en actividades de descuido relacionadas con el sistema de salud, programas de beneficios gubernamentales, programas de reglamentos gubernamentales y leyes de derechos civiles. Esas actividades incluyen, por ejemplo, investigaciones criminales, intervenciones, acciones disciplinarias, o actividades de descuido generales referente al sistema de salud de la comunidad.
- h) **Procesos Tribunales y Administrativas** - HFA puede ser requerido a compartir su información en respuesta a ordenes tribunales o citaciones.

- i) **Propósitos Legales** – En ciertos casos, su información puede ser compartida con las autoridades para propósitos legales/emergencias. Propósitos legales incluyen:
- Obedeciendo con un proceso legal (e.g., citación) o como es requerido por la ley;
 - Información para identificación y propósitos de localizar (e.g., sospechado o persona desaparecida);
 - Información con respecto a una persona quien es o es sospechado por un crimen;
 - En casos donde la muerte de un individual pudo ser resultado de una conducta criminal;
 - En el evento de un crimen ocurriendo en propiedad de HFA;
 - Una emergencia médica (no en propiedad de HFA's) he ocurrido, y aparece que un crimen ha ocurrido; y
 - Una emergencia médica ocurriendo en la propiedad de HFA (e.g, Detenido por problemas mentales o accidente/herida).
 - A un examinador médico o de muertos con el propósitos de identificarle o determinando su causa de muerte, o a un director de pompas fúnebres como permitido por la ley y como necesario para llevar a cabo sus deberes.
- j) **Prevenir amenaza a la Salud o Seguridad** – HFA puede compartir su información si cree que con compartiendo su información es necesario para prevenir o disminuir un probable o serio amenaza a la salud o seguridad de una persona o al público y la revelación es dada a un individual que es capaz de prevenir o disminuir la amenaza.
- k) **Funciones Gubernamentales Especializados** - HFA puede usar información de individuales que son personales de la Fuerzas Armadas: (1) para actividades consideradas necesarias por autoridades de mando militar apropiados; (2) para el propósito de una determinación por el Departamento de Asuntos Veteranos de derechos de beneficios; o (3) a una autoridad de militar extranjera si eres un miembro de ese servicio militar extranjera. HFA puede compartir su información a autorizados oficiales federales para conducir actividades de seguridad nacional y inteligencia.
- l) **Presos** - HFA puede compartir su información a una institución correccional/oficial de autoridad si eres un preso de esa facilidad correccional y su información es necesario para proveerle con cuidado y tratamiento es necesario para la salud y seguridad de otros individuales o presos.
- m) **Requerido por Ley** – Como es requerido por la ley, pero tal uso y revelación sera hecho de acuerdo con la ley y limitado a los requisitos de la ley.
- n) **Emergencias** – Podemos usar o compartir su información en una situación de emergencia de tratamiento. Si tratamiento es requerido por ley y su proveedor de salud ha tratado de obtener su consentimiento pero no ha podido, todavía puede usar o compartir su información para tratamiento.
- o) **Barreras de Comunicación** - Podemos usar o compartir su información si su planificador de servicio o otro trabajador de HFA trata de comunicarse para propósitos de tratamiento pero no ha podido por barreras de comunicación y el planificador de servicios o trabajador determinan, usando opiniones profesionales, que es su intención para autorizar el uso o compartimiento bajo las circunstancias (e.g., barreras de lenguaje o con defectos del oír donde se necesita un interpreter).
- p) **Pajinas de Alistación** - HFA puede usar una pajinas de alistación en el escritorio de registración. HFA tambien puede llamar su nombre en la sala de espera cuando su planificador de servicio o medico esta preparado para verle.
- q) **Recuerdo de Citas** - HFA puede, por tiempo, se puede comunicar con usted para proveer recuerdos de citas.
- r) **Alternativas/Beneficios de tratamientos** - HFA puede, por tiempo, comunicarse con usted sobre alternativas de tratamientos, o otros servicios o beneficios de salud que puede ser de interés para usted.

- s) **Cubrimiento de Acudición** – Para poder proveer cubrimiento de acudición para usted es necesario que HFA establezca relaciones con organizaciones/agencias/proveedores de salud quien recibiera su llamada despues del horario de trabajo o si su planificador de servicio no esta desponible. El trabajador de acudición le proveera a HFA con cualquier PHI que ellos crean y mantendran su PHI, en acuerdo, confidencial.

AUTORIZACIÓN

Uso y/o revelación, aparte de los descritos arriba, serán hechos sólo con su autorización escrita. Puedes cancelar la autorización, en cualquier momento, en escrito, excepto al punto que HFA ha confiado en la información para tratamiento, pagares o sus actividades negociables.

USOS Y REVELACIONES – OPORTUNIDAD PARA ESTAR DE ACUERDO O OBJETAR

1. Tienes la oportunidad de estar de acuerdo o objetar a las siguientes usos de su información por HFA:

a) **Marketing y Recaudación de Fondos:**

Con su autorización, HFA solo puede usar y/o revelar su PHI para actividades de marketing. Actividades de "Marketing" incluyen comunicación para animarle a comprar o usar un producto o servicio, y la comunicación no es hecha para su cuidado o tratamiento. Sin embargo, marketing no incluye, por ejemplo, mandándole un boletín de HFA. Marketing también incluye el recibo por HFA de remuneración (dineros), directamente o indirectamente, por un grupo tercero de lo cual su producto o servicio se está mercando. HFA le informará si empezara marketing y obtendrá su autorización ante manos.

HFA puede usar y/o revelar su información demográfica y las fechas cuando recibiste servicio por HFA, como necesario, para comunicarse con usted para actividades de recaudación de fondos apoyados por HFA (e.j. Caminar por Hillside). Si no quieres recibir estas materias, por favor de llamar a la Fundación de HFA o nuestro Oficial de Confidencia para pedir que no te manden estas materias de recaudación de fondos y/o limitar el uso de su PHI para estos propósitos.

b) **Educación de Trabajador y/o Familiar:**

Con su autorización, trabajadores de HFA pueden grabar a una sesión familiar por video/audio para el propósito de educación de trabajadores y/o familiar. El video será destruido después que se completa la sesión educacional.

c) **Clero:**

A menos que objetas, miembros del clero asociados con HFA pueden ser informados de su afiliación de religión.

d) **Familia y/o Amigos:**

Es la póliza de HFA también requerido por ley, que no confirmaremos o negaremos si alguien está recibiendo o ha recibido servicios por HFA o cualquiera de sus afiliados. En situaciones donde alguien le está buscando a usted o su niño, les diremos que se comuniquen con usted para esa información.

e) **Actividades/Eventos:**

HFA pueden practicar eventos (e.j. función escolar, fiesta de cumpleaños, picnic, fotos escolares) donde padres y/o familiares significantes puedan tomar fotografías o videos de sus niños en el evento. Es posible que te cojeran en la fotografía y/o video.

Su nombre y/o fotografía pueden ser usados para el propósito de actividades específicas (e.j., listas de honores, galas/bailes, premios especiales y reconocimientos escolares, eventos especiales, "acto bueno"). Es posible, al tiempo que los fotos/nombres pueden ser puestos en una área abierta (e.j., pasillos de las escuelas) con una bandera. Estos fotos/listas no serán, en cualquier momento, contendrán cualquier otra información/PHI.

Su Derechos

1) Tienes el derecho para:

- a) Cancelar cualquier autorización, en escrito, en cualquier momento. Para recibir una (cancelación) revocación, tienes que someter un pedido por escrito al Oficial de Confidencia de HFA.
- b) Pide restricciones en ciertos usos y/o compartimiento de su información como proveido por la ley. Para pedir restricciones, tienes que someter una petición por escrito al Oficial de Confidencia de HFA. En su petición escrita, tienes que informarle a HFA de:
 - Cual información quieres limitado;
 - Si quieres limitar el uso o revelación de HFA, o ambos; y
 - A quienes deseas que los límites se aplican.

HFA no es requerido a estar de acuerdo con una restricción que usted pides. Si creemos que esta en su mayor intenciones para permitir uso y/o revelación de su PHI, su PHI no sera restringido. Si estamos de acuerdo con la restricción deseada, no usaremos o revelaremos su información en violación con esa restricción a menos que es necesario para proveer tratamiento de emergencia.

- c) Tener comunicaciones confidenciales o información por medios alternos o en lugares alternativas. Puedes pedir que le llame en lugares alternas, comunicarnos por fax o correo electrónico, etc... Tienes que hacer su petición por escrito al Oficial de Confidencia de HFA. HFA serviciara todas peticiones razonables.

*** Si le gustaria tener comunicaciones alternas (correo electrónico, fax, números de teléfono alternas, etc...), porfavor de llamar a su proveedor de servicios o al Oficial de Confidencia.**

- d) Repasa y copie su PHI como proveido por la ley. Para repasar y hacer copias de su información, tienes que someter una petición por escrito al Oficial de Confidencia. HFA puede cobrarle un dineral por el costo de hacer copias, por courrier o otros materiales asociados con su petición. En ciertas situaciones definidas por la ley, HFA puede negar su petición, pero tienes el derecho para tener lo negado repasado como escrito en el aviso de denegación escrito.
- e) Corregir su PHI como proveido por la ley. Para pedir por una corrección, someter una petición por escrito al Oficial de Confidencia de HFA. Tienes que proveer una razón que apoye su petición. HFA puede negar su petición si:
 - Si no esta escrito;
 - Si no provees una razón que apoye su petición;
 - Si la información que sera enmendada no fue creada por HFA (a menos que el individual o la entidad quien creo la información no esta disponible mas nada);
 - Si la información no es parte de su PHI mantenida por HFA;
 - Si la información no es parte de la información usted sera permitido a copiar o leer; y/o
 - Si la información es exacta y completa.

Si no estas de acuerdo con el denegación de HFA, tendras el derecho para someter una afirmación escrita de su desacuerdo con nosotros y podemos preparar una respuesta a su afirmación y le proveera una copia de esto.

- f) Recibe una cuenta de a quien se le ha compartido su información, qué fue compartido y cuando. Este derecho se aplica a esos propósitos además de tratamiento, pagos o actividades de negocios descritos en las Pólizas de Aviso de Confidencia . No incluye los tiempos que compartimos información con usted para propósitos de notificación. Tienes el derecho de recibir información especifica sobre estas revelaciones de los cuales ocurren despues de Abril 14 del 2003. Para soilicitar una cuenta, tienes que someter una solicitud en escrito al Oficial de Confidencia de HFA.

Estas peticiones deben de decir:

- Un periodo de tiempo no más de seis (6) años que no pueden incluir fechas antes de Abril 14 del 2003;

- La petición debe de indicar cual forma quieres la lista (tal com por papel o copia electronica);

No habra costo para la primera lista que pides de entre un periodo de doce (12) meses, pero HFA puede cobrarle por proveerle listas adicionales. HFA te notificara del costo envueltos y puedes decidir a retractar o modificar su petición antes que se incurre costos.

- g) Recibir una copia de este Aviso de Confidencia por HFA cuando solicitas por el Oficial de Confidencia de HFA's, Centro de Integración, or su planificador de servivio.
- h) Dar queja a HFA, al Secretario de Salud y Servicios Humanos si crees que sus derechos de privacidad han sido violadas. Para dar queja con HFA, tiene que comunicarse con Linea de Satisfación de Consumidores de HFA o el Oficial de Confidencia de HFA. Quejas se pueden hacer por escrito o por teléfono.
- i) Para obtener máa información, o tener sus preguntas de sus derechos contestadas, puedes comunicarse con la Oficial de Confidencia, Ginger Rinas al (585) 654-4588 or por correo electrónico al Grinas@hillside.com.

Requicitos de Hillside Family of Agencies'

1. Hillside Family of Agencies:

- a) Es requerido por ley a mantener la privacidad de su PHI and proveerle con este Aviso de Confidencia de los deberes legales y pacticas de confedencia de HFA con respeto a su PHI .
- b) Es requerido de ir por las condiciones del Aviso de Confendencia.
- c) Reserva los derechos de cambiar las condiciones del Aviso de Confidencia y para hacer las nuevas proviciones del Aviso de Confidencia efectivos para todos los PHI de los cuales mantenemos.
- d) No represalias contra usted por dar quejas.
- e) Hacer un esfuerzo de buena fe para obtener por usted reconocimiento que has recibido el Aviso.



Hillside Children's Center, Crestwood Children's Center, Hillside Work Scholarship Connection, Hillside Children's Foundation & Corporation & Crestwood Children's Foundation & Corporation

Aviso Confidencial

NOMBRE DE CLIENTE: _____

DOB: _____

(Apellido, Primer Nombre)

(mm/dd/aaaa)

FECHA EFECTIVO

Este Aviso esta en efectivo desde Abril 14 del 2003.

RECONOCIMIENTO DE RECIBO:

Yo doy reconocimiento que ha recibido una copia del Aviso Confidencial de Hillside Family of Agencies (como notado arriba)

Nombre de Individual (Escrito)

Firma de Individual

Firma de Representante Personal
(Si no eres usted mismo)

Relación (e.i., Uno Mismo, Abogado-En-Facto, Guárdian,
Padre- si es menor)

Fecha de Firma ____/____/____

Testigo: _____