



GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SALUD CONDUCTUAL

AVISO CONJUNTO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER USADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA, INCLUIDAS LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD MENTAL Y LA INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO Y LA PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO Y LA DROGADICCIÓN. LEÁLO DETENIDAMENTE.

La Red del Departamento de Salud Conductual (Department of Behavioral Health, DBH) incluye a prestadores del DBH y a prestadores matriculados o certificados por el DBH que hayan firmado un convenio o acuerdo con el DBH a fin de brindar apoyo o prestar servicios de salud mental, o servicios de tratamiento y prevención del alcoholismo y la drogadicción. Este aviso explica cómo los participantes de la Red del DBH usarán, compartirán y protegerán su información médica protegida (Protected Health Information, PHI).

¿Qué es la información médica protegida (PHI)?

La PHI es toda información escrita, grabada o verbal que lo identifique o que pueda ser utilizada para identificarlo y que se relacione con su salud conductual, incluidos su atención médica y el pago de dicha atención.

USOS Y DIVULGACIONES DE LA PHI CUANDO NO SE NECESITA AUTORIZACIÓN

¿En qué circunstancias se puede compartir mi PHI sin mi consentimiento o autorización?

(1) **Su PHI (incluidas la información sobre su salud mental y la información sobre el tratamiento y la prevención del alcoholismo y la drogadicción que posea el prestador de dichos servicios) podrá ser divulgada sin su consentimiento o autorización previa en las siguientes situaciones:**

- en caso de denuncia de abuso o abandono de menores;
- en una emergencia médica cuando existe un riesgo para la salud de un individuo que requiere atención médica inmediata;
- en el caso de actividades relacionadas con la supervisión de la salud, tales como la evaluación de programas y las auditorías;
- en respuesta a una orden judicial o citación;
- con fines de investigación, como por ejemplo, en el caso de investigaciones relacionadas con el desarrollo de mejores tratamientos, siempre y cuando el estudio de investigación cumpla con ciertos requisitos de privacidad;
- con el fin de denunciar un delito real o potencial que ocurra en las instalaciones del prestador o afecte a su personal;
- en virtud de un acuerdo de organización de servicios calificados o un acuerdo de asociación comercial.

(2) **Solo para la información relacionada con la salud mental.** Asimismo, la PHI sobre su salud mental podrá ser divulgada sin su consentimiento o autorización previa en las siguientes circunstancias:

- cuando los prestadores de la Red del DBH o las agencias de servicios médicos y humanos del Distrito y sus respectivos prestadores de servicios que se encuentren contemplados por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), incluidos el Departamento de Servicios Humanos, la Agencia de Servicios a Niños y Familias, el Departamento de Salud y el Departamento de Finanzas de la Atención Médica, necesiten coordinar tratamientos, beneficios y servicios;

- cuando los prestadores de atención médica y de salud mental no pertenecientes a la Red del DBH necesiten coordinar tratamientos, beneficios y servicios; no obstante, esta facultad no es absoluta. Usted podrá negarles a los prestadores el derecho de compartir su PHI y estos no podrán divulgar ninguna información sobre su evolución clínica. «Negarse» significa que usted no quiere que el prestador comparta su PHI con otros prestadores no pertenecientes a la Red del DBH, a menos que usted haya firmado un acuerdo que autorice su divulgación y publicación o el prestador esté obligado legalmente a compartir su PHI. Por ejemplo, un prestador puede estar obligado legalmente a compartir su PHI durante una emergencia médica o en respuesta a una orden judicial.
- cuando un prestador de salud mental considere necesario solicitar hospitalización psiquiátrica de emergencia o con el fin de protegerlo a usted o a otra persona contra daños físicos graves;
- con el fin de denunciar un posible caso de abuso o abandono de adultos o menores;
- cuando sea requerido por el representante designado de una agencia en nombre de la agencia de protección y defensa del Distrito de Columbia en investigaciones de denuncias por abuso o abandono de personas con enfermedades mentales;
- a instituciones correccionales o autoridades del orden público que posean custodia legal sobre su persona a los efectos de facilitar la prestación de apoyo y servicios de salud mental;
- a los efectos de supervisar su cumplimiento de condiciones relativas a la libertad provisional, libertad condicional, libertad bajo palabra, libertad supervisada o acuerdos de desviación en relación con un tratamiento de salud mental.

PREGUNTAS FRECUENTES

Si me encuentro en un programa de tratamiento y prevención del alcoholismo o la drogadicción, ¿el prestador puede compartir mi información relativa al tratamiento y la prevención con otro prestador de la Red sin mi consentimiento?

No. La Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) específicamente exige el consentimiento escrito para poder divulgar información relativa al tratamiento y la prevención del alcoholismo y la drogadicción, salvo que se aplique alguna de las excepciones detalladas en el punto (1) anterior.

¿Mi PHI puede ser utilizada o divulgada con otros fines si yo otorgo dicho permiso?

Sí. Su PHI puede compartirse para otros fines distintos de los descritos con anterioridad, siempre y cuando usted haya otorgado el permiso específico mediante la firma de un formulario de autorización. Por ejemplo, usted podrá otorgarnos permiso para comunicarle su PHI a otro prestador no perteneciente a la red con el fin de que este le brinde un servicio o tratamiento que usted necesite. Usted podrá decidir que la autorización permanezca vigente por un período de hasta trescientos sesenta y cinco (365) días, excepto en aquellos casos en los cuales usted haya autorizado la divulgación para obtener un seguro de vida o un seguro médico no cancelable o con renovación garantizada, en cuyo caso la autorización podrá permanecer vigente por un período de hasta dos (2) años a partir de la fecha de emisión de la póliza.

Si autorizo la divulgación, ¿puedo anular mi autorización?

Sí. Salvo en aquellos casos en los que se requiera para un seguro, usted podrá anular su autorización en cualquier momento mediante una notificación escrita a su prestador. Sin embargo, deberá hacerlo por escrito y entregar la anulación a su prestador para que los prestadores de la Red dejen de usar y divulgar su PHI. Los prestadores de la Red tienen permiso para usar y divulgar su PHI de conformidad con su autorización hasta que el prestador de la Red reciba la anulación por escrito. La anulación de su autorización no afectará las acciones realizadas por el prestador de la Red antes de recibirla.

¿Qué obligaciones tiene la Red con respecto a la protección de mi PHI?

Por ley, todos los prestadores de la Red deben proteger la privacidad de su PHI y deben entregarle este aviso de responsabilidades legales y prácticas de privacidad. Si la ley exige cambios en las condiciones de este aviso, todos los prestadores de la Red deberán cumplir las condiciones del aviso modificado.

¿Qué derechos tengo respecto de mi PHI?

- Usted tiene derecho a negarse a divulgar la PHI sobre su salud mental a prestadores de atención médica que no sean miembros de la Red del DBH.
- Usted tiene derecho a consultar y a hacer copias de su PHI con ciertas excepciones limitadas.
- Usted tiene derecho a solicitar que su registro de PHI sea modificado.
- Usted tiene derecho a ser informado sobre su PHI de la forma confidencial que usted elija, siempre que su elección resulte razonable en función de nuestras posibilidades.
- Usted tiene derecho a solicitarnos que limitemos algunos usos y divulgaciones de su PHI. Los prestadores de la Red no están obligados a aceptar las restricciones que usted imponga, pero si las aceptamos, tendremos que cumplirlas.
- Usted tiene derecho a restringir la divulgación de la PHI cuando usted pague por los servicios recibidos de su propio bolsillo.
- Usted tiene derecho a obtener información sobre las divulgaciones que los prestadores de la Red hayan realizado de su PHI.
- Usted tiene derecho a tener una copia impresa de este aviso de privacidad.
- Usted tiene derecho a ser notificado de cualquier incumplimiento relacionado con su PHI.

¿Cómo puedo proceder si quiero ejercer mis derechos, formular alguna pregunta o elevar una queja sobre el uso y la divulgación de mi PHI?

Si usted quiere ejercer sus derechos, formular alguna pregunta o elevar quejas sobre el uso y la divulgación de su PHI, **deberá comunicarse con el encargado del área de privacidad del organismo en el cual esté recibiendo el tratamiento.** También puede comunicarse con el encargado del Área de Privacidad del DBH, cuya información de contacto se detalla a continuación:

Encargado del Área de Privacidad del
DBH
Departamento de Salud Conductual del
Distrito de Columbia
64 New York Avenue, NE, 2nd Floor
Washington, D.C. 20002
Teléfono: (202) 671 4088
TTY/TTD: (202) 673 7500
Correo electrónico: dbh.privacy@dc.gov

Asimismo, puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, a la siguiente dirección:

Oficina de Derechos Civiles: Región III
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
150 S. Independence Mall West, Suite 372,
Public Ledger Building
Philadelphia, PA 19106-9111
Línea principal: (215) 861 4441; línea directa: (800) 368 1019;
Fax: (215) 861 4431; TDD: (215) 861 4440

Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Además, usted tiene derecho a presentar reclamos mediante el procedimiento de reclamos del DBH. Nadie podrá tomar medida alguna en su contra por realizar quejas sobre el uso y la divulgación de su PHI.

Si tiene dificultades para comprender este aviso, solicite ayuda.

CAMBIOS EN EL AVISO

Si la ley exige cambios en las condiciones de este aviso, todos los prestadores de la Red deberán cumplir las condiciones del aviso modificado. Si el aviso es modificado, los cambios se aplicarán a toda su PHI (incluidas la información sobre su salud mental, la información sobre el tratamiento y la prevención del alcoholismo y la drogadicción que posea el prestador de dichos servicios) creada o recibida antes de la modificación del aviso. El aviso modificado será publicado en el sitio web del DBH y en todos los centros donde se presten servicios y le será entregado a usted en su próxima visita.

**CONFIRMACIÓN DE RECEPCIÓN
DEL AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Confirmo que he recibido el aviso conjunto sobre prácticas de privacidad de la Red de prestadores del DBH y que me han ofrecido una copia de dicho aviso.

Firma _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____

Relación (si la persona que firma no es el paciente/usuario) _____

_____ Me niego a firmar este formulario.

_____ Me niego a compartir mi PHI con prestadores de atención médica y salud mental no pertenecientes a la Red del DBH. Entiendo que negarse no afecta la facultad de mi prestador del DBH de divulgar mi información sobre salud mental sin una autorización de conformidad con las disposiciones de la Ley de Información de Salud Mental del Distrito de Columbia en las circunstancias descritas en la sección (2) del aviso conjunto de prácticas de privacidad.

Comentarios para el personal de la Red:

Si el paciente o su representante no acepta el aviso o se niega a firmar, deje asentada dicha negativa e incluya la siguiente información:

Nombre del miembro del personal de la Red: _____

Cargo: _____

Firma: _____ Fecha _____

Comentarios: _____

Aviso conjunto de prácticas de privacidad y copia del formulario de confirmación: paciente/usuario
Formulario de confirmación original: historia clínica



GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SALUD CONDUCTUAL

Autorización para utilizar o divulgar información médica protegida
(incluidas la información sobre su salud mental y la información sobre el tratamiento y la prevención del alcoholismo y la drogadicción)

Nombre del paciente/usuario (en letra de imprenta) _____ Número de identificación _____

Dirección _____ Fecha de nacimiento _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____ Otro/s nombre/s utilizado/s _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A:
SERÁ REALIZADA POR:

Nombre/Cargo: _____

Organización: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre/Cargo: _____

Organización: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ: Voluntariamente autorizo y solicito la divulgación (incluidos cualquier intercambio electrónico, verbal o escrito) de mi historia clínica. Esta autorización incluye el permiso específico para divulgar todos los registros y demás información relacionada con mi tratamiento, hospitalización y atención ambulatoria, entre ellos: *(Deberá tildar las siguientes opciones a fin de permitir su divulgación).*

- ☐ Drogadicción, alcoholismo o abuso de otras sustancias
- ☐ Registros que puedan indicar la presencia de enfermedades contagiosas o no contagiosas y análisis de detección del VIH/sida.

Limitaciones a la divulgación:

- ☐ Solo para fechas de servicios prestados desde el _____ hasta el _____
- ☐ Exclusiones (debe enumerar si existen exclusiones) _____
- ☐ Solo lo siguiente: (debe enumerar los documentos específicos, si corresponde) _____

INFORMACIÓN QUE SE UTILIZARÁ SOLAMENTE PARA EL/LOS FIN/ES DETALLADO/S A CONTINUACIÓN *(Enumere):* _____

VENCIMIENTO: Esta autorización vencerá en trescientos sesenta y cinco (365) días a partir de la fecha de la firma del presente formulario, salvo que algunos de los puntos descritos a continuación estén marcados, en cuyo caso vencerá en la fecha más próxima:

- ☐ El día _____ (no podrá exceder un plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días a partir de la fecha del presente formulario).
- ☐ El día _____ cuando: _____ ocurra.
(Fecha requerida) (Identifique un acontecimiento específico)

DERECHO A ANULACIÓN: Entiendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento mediante notificación escrita a la organización autorizada para divulgar esta información. Entiendo que la anulación de esta autorización *no* afectará las acciones realizadas por la organización que fue autorizada para divulgar esta información antes

de recibir mi notificación escrita de anulación. Entiendo que mi derecho a anular esta autorización podrá verse limitado si el propósito de esta autorización supone la solicitud de un seguro médico o de vida.

OTROS DERECHOS: Entiendo que la persona u organización que haya recibido esta información no podrá volver a divulgarla de forma legal sin mi autorización, a menos que la ley disponga lo contrario. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar el registro de mi información médica protegida. Asimismo, entiendo que no podrán negarme la inscripción ni los servicios si me niego a firmar este formulario. No obstante, es probable que no se me permita solicitar beneficios o renovación de beneficios que ayuden a pagar estos servicios.

FIRMA DEL PACIENTE/USUARIO O REPRESENTANTE PERSONAL:

Yo, _____, entiendo que, al firmar este formulario, autorizo el uso o la divulgación de la información médica protegida mencionada con anterioridad.

Nombre completo (en letra de imprenta) _____

Firma _____ Fecha _____

FACULTAD PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE/USUARIO (marque una opción):

Yo mismo _____ Padre o madre _____ *Representante personal _____ (incluye tutores legales y apoderados)

Otro _____ (especifique): _____

Dirección: _____ Teléfono _____

**Documentación de respaldo requerida para un representante personal. Adjunte la copia a este formulario.*

FIRMA DEL MENOR: Si el paciente o usuario tiene entre catorce (14) y dieciocho (18) años de edad, esta autorización carecerá de validez a menos que se encuentre firmada por el paciente o usuario, además de sus padres, su tutor legal o su representante personal. Un menor de cualquier edad podrá autorizar la divulgación con su sola firma si (1) es un menor emancipado, o (2) si recibe tratamiento o servicios sin el consentimiento de sus padres o su tutor legal.

Nombre completo (en letra de imprenta) _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

Dirección: _____

Firma del menor _____ Fecha _____

SE REQUIERE LA VERIFICACIÓN DE LA IDENTIDAD DEL PACIENTE/USUARIO O DEL REPRESENTANTE PERSONAL QUE BRINDA CONSENTIMIENTO

- ☐ Identificación personal (identificación con fotografía emitida por una entidad gubernamental): Adjunte una copia.
- ☐ Declaración oral del funcionario público o del prestador del Departamento de Salud Conductual.

Especifique lo que le informaron y por qué consideró razonable basarse en dicha información en esas circunstancias.

Si este formulario se envía por correo, la firma consignada en el formulario deberá estar autenticada ante escribano público o la persona que brinda el consentimiento deberá autenticar su firma ante escribano o adjuntar una copia de su identificación emitida por una entidad gubernamental.

He verificado la identidad de la persona que brinda el consentimiento.

Nombre completo (en letra de imprenta) _____ Cargo _____

Firma _____ Fecha _____

Anulo esta autorización a partir del día: _____ **Fecha** _____
(Fecha) (Paciente/usuario, o representante personal y su relación con el paciente/usuario)

PARA EL ENCARGADO DE LOS REGISTROS:

1. Expida una copia de esta autorización al paciente/usuario o a su representante personal.
2. Guarde el documento original firmado en la historia clínica del paciente.
3. Registre esta autorización o envíela al encargado del Área de Privacidad o a la persona designada para su registro.
4. Envíe una copia de este formulario con la información cuya divulgación se autoriza.