



CORNUCOPIA ADULT & FAMILY SERVICES

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD



Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo Cornucopia podemos usar y compartir su Información Personal de Salud. También describe sus derechos respecto a su Información Personal de Salud. Su Información Personal de Salud es la información sobre su salud, su plan de servicio, el dinero que gana, las reuniones que tenemos y otros elementos que tienen que ver con lo que eres y de dónde viene. Toda esta información se almacena en su archivo en abundancia. El archivo se encuentra en un lugar cerrado con llave / seguro en la oficina de su Coordinador de Servicios. Esto significa que no mucha gente puede ver sus expedientes a menos que trabajen para la Cornucopia y han firmado una declaración de confidencialidad que los Estados van a mantener su información privada. La información contenida en estos archivos son "sus archivos", y si usted quiere ver sus archivos, usted puede programar un tiempo con su Coordinador de Servicios para su revisión.

USOS Y COMPARTIR DE INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD

Su Información Personal de Salud puede ser utilizada y compartida por el personal Administrador de Casos, Cornucopia, y otros fuera de nuestra oficina que se implican en su cuidado y tratamiento para el fin de proporcionar atención de salud / servicios de manejo de caso para usted. Los siguientes son casos en los que íbamos a compartir su Información Personal de Salud.

Tratamiento:

Esto significa que: Que Cornucopia compartiremos su Información Personal de Salud con otras personas que ayuden a proporcionar y administrar su atención médica y administración de casos que ayudan a asegurarse de que usted está recibiendo la mejor atención posible. Esto incluye los servicios del programa de proveedores, tales como la DDW y los médicos que le atienden a usted.

Forma de pago:

Esto significa que: Cornucopia puede compartir su Información Personal de Salud con otras personas que ayuden a pagar por su cuidado de salud y administración de casos.

Operaciones de atención médica:

Esto significa que: Cornucopia puede compartir su Información Personal de Salud con otros para asegurar que Cornucopia es la gestión de su atención en la medida de nuestras habilidades. Además, si otras personas pueden estar en contacto con su plan de servicio individual, Cornucopia que ellos tienen un acuerdo firmado que no son para compartir su Información Personal de Salud con nadie.

Otros involucrados en el cuidado de la salud:

Esto significa que: A menos que se oponga, podemos compartir su PHI con un miembro de su equipo de apoyo, tales como familiares o amigos. Sólo la Información Personal de Salud que se relaciona directamente con la participación de esa persona en su cuidado de salud será compartida y sólo si su coordinador de servicios se siente como el pensamiento que está en su mejor interés.

Requerido por la Ley:

Esto significa que: El uso o la divulgación de su Información Personal de Salud se hará en cumplimiento de la ley y se limitará sólo a lo que es requerido por la ley. Esto puede incluir, pero no se limita al cumplimiento de la ley, seguridad nacional e inteligencia, procedimiento legal, los establecimientos penitenciarios, las leyes de compensación al trabajador, médicos forenses, directores de funerarias y los propósitos de donación de órganos, como exige la ley. Se le notificará de cualquier uso o divulgación.

Salud Pública:

Esto significa que: Podemos compartir su Información Personal de Salud a una autoridad de salud pública, para actividades de salud pública y los propósitos. La divulgación se hará con el propósito de controlar enfermedades, discapacidad, o para información general de salud y regulación, y assessments civiles de la salud. Esto incluye la Food and Drug Administration y la investigación que ha sido aprobada por una junta de revisión institucional. Cuerno de la abundancia sólo compartiremos información que sea necesario y requerido por la ley.

Abuso o Negligencia:

Esto significa que: Cornucopia compartiremos su Información Personal de Salud si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica a la entidad o agencia gubernamental autorizada para recibir dicha información.

Actividad militar:

Esto significa que: Cornucopia puede usar o compartir su Información Personal de Salud de los individuos que son

miembros de la Militar para actividades consideradas (1) necesarias por las autoridades del comando militar, (2) con el propósito de una determinación por el Departamento de Asuntos de Veteranos de su elegibilidad para beneficios; o (3) a autoridades militares extranjeras si usted es un miembro del servicio militar extranjero.

El caso de una emergencia

Esto significa que: Podemos compartir su Información Personal de Salud para notificar a un familiar, representante personal o cualquier otra persona que sea responsable de su cuidado para determinar su posición, condición general o muerte. Cuerno de la abundancia también se puede usar o compartir su su Información Personal de Salud a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en las tareas de socorro.

DERECHOS de SU INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD

La siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a su Información Personal de Salud y una breve descripción de cómo usted puede ejercer estos derechos.

Su derecho a revisar y copiar su Información Personal de Salud:

Esto significa que: Usted puede inspeccionar y obtener una copia de Información Personal de Salud de Cornucopia. Por favor, contacto su nuestro coordinador de servicios si tiene alguna pregunta sobre el acceso a su expediente de manejo de casos. Por favor, entienda que la ley federal puede prohibir su derecho a inspeccionar o copiar su Información Personal de Salud.

Su derecho a restringir el uso de su Información Personal de Salud:

Esto significa que: Usted tiene el derecho a una negar el uso o compartir todos, o algunos, de su Información Personal de Salud. Además usted tiene el derecho de restringir a ciertos individuos de la revisión de su Información Personal de Salud. Sin embargo, su coordinador de servicios puede hacer caso omiso de su petición si piensan que es en su mejor interés.

Su derecho de corregir su Información Personal de Salud:

Esto significa que: Usted tiene el derecho de solicitar correcciones / cambios a su Información Personal de Salud. En algunos casos, su coordinador de servicios tiene el derecho de denegar su solicitud para un cambio si él / ella siente que está en su mejor interés.

Tu derecho a saber cómo Cornucopia es compartir su Información Personal de Salud:

Esto significa que: Usted tiene derecho a pedir Cornucopia qué y para quién se ha dado a su PHI.

Su derecho a obtener una copia de este aviso:

Esto significa que: Usted tiene derecho a pedir Cornucopia de una copia de este Aviso de prácticas de privacidad.

Su derecho a presentar una queja acerca de su Información Personal de Salud:

Esto significa que: Si usted siente que hemos violado sus PHI entonces usted tiene el derecho de presentar una queja. Ningún cliente será objeto de represalias o de obstáculos a los servicios como resultado de la presentación de una queja o reclamo. Para obtener más información sobre el proceso de queja, por favor póngase en contacto con nuestra oficina al 505-877-1310.

Cornucopia tiene la obligación de cumplir con los términos de este Aviso de prácticas de privacidad. También tenemos el derecho de modificar los términos de nuestro aviso, en cualquier momento. El nuevo aviso será efectiva para toda la información de salud protegida que tenemos en nuestros archivos. Nosotros, sin embargo, le proporcionará cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad. En cualquier momento usted puede solicitar una copia de esta notificación poniéndose en contacto con nuestra oficina al 505-877-1310.

Yo, _____ (nombre), reconozco que entiendo y he leído y / o discutido el Aviso de Privacidad Política de Prácticas con el personal de Cornucopia. También me dieron una oportunidad para hacer preguntas y se les entregó una copia de las políticas y procedimientos asociados para referencia futura..

Nombre del Participante

Firma del Participante / Cuidador / Guardián

Firma del Cornucopia Personal

Fecha: _____

Fecha: _____