

Bienvenido(a). Gracias por elegirnos y llenar el documento de Información del Cliente.

Si desea completar este documento digitalmente, descárguelo y guárdelo en su computadora.

Para devolver este documento y otros documentos obligatorios:

- Correo electrónico: nk_him@northkey.org
- Fax: 859-534-2627
- Llévelo a cualquiera de nuestras oficinas

Otra documentación obligatoria:

- ✓ Licencia de conducir o identificación con fotografía
- ✓ Tarjetas de seguro
- ✓ Documentación de custodia
- ✓ Tarjeta de Seguro Social
- ✓ Comprobante de ingresos

Si ya programó su primera cita, esperamos reunirnos con usted. Si necesita programar una cita, comuníquese con nosotros al (859) 331-3292 y hable con nuestro equipo de acceso (Access team).

Si siente que está en crisis, llámenos a nuestra línea de Acceso y Crisis las 24 horas al (859) 331-3292. Será un placer para nosotros poder ayudarlo(a).

Los mejores deseos de parte del equipo de NorthKey Community Care.



Información del cliente:

Nombre: _____

Segundo nombre: _____

Apellido: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo al nacer:

- Femenino Masculino

¿Se identifica con un género diferente al que nació?

- No En duda/no lo sé
- Sí: Masculino Prefiero no contestar
- Sí: Femenino Sí: Intersexual (al nacer, tenía características biológicas/órganos reproductivos asociados tanto con el sexo masculino como con el femenino)
- Sí: Hombre transgénero (designada como mujer al nacer pero se identifica como hombre) Sí: No binario o género queer (se identifica o expresa un género que no es exclusivamente masculino ni femenino)
- Sí: Mujer transgénero (designado como hombre al nacer pero se identifica como mujer)

Dirección física/de residencia: _____ Apt #: _____

Ciudad: _____ Condado: _____

Estado: _____ Zip: _____

Número de teléfono principal: _____ Hogar: Teléfono celular: Otro:

¿Está bien dejar un mensaje? Sí

- No

Número de teléfono alternativo: _____ Hogar: Teléfono celular: Otro:

¿Está bien dejar un mensaje? Sí

- No

Dirección de correo electrónico: _____

¿Dónde vive?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Centro de tratamiento de alcohol y drogas | <input type="radio"/> Centros estatales de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF/MR) | <input type="radio"/> En residencia de la madre, el padre o el tutor |
| <input type="radio"/> Casa de huéspedes | <input type="radio"/> Cárcel/prisión federal | <input type="radio"/> En residencia propia con la madre, el padre o el tutor |
| <input type="radio"/> Hogar de cuidado familiar | <input type="radio"/> Cárcel/prisión estatal | <input type="radio"/> En la residencia de un miembro de la familia que no es la madre, el padre o el tutor |
| <input type="radio"/> Hogar de acogida temporal | <input type="radio"/> Misión/refugio | <input type="radio"/> En la residencia de un amigo o conocido |
| <input type="radio"/> Sin techo/vivienda inhabitable | <input type="radio"/> Hogar de cuidado personal | |
| <input type="radio"/> Hotel/Motel | <input type="radio"/> Centro de cuidados especializados de enfermería (SNF) | |
| <input type="radio"/> Centros privados de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF/MR) | <input type="radio"/> Residencia con personal | |
| | <input type="radio"/> En residencia propia | |

Estado civil:

- Soltero(a)/Nunca me casé (el único matrimonio fue anulado)
- Casado(a)
- Divorciado(a)
- En convivencia/cohabitación
- Viudo(a)
- Separado(a)

¿Está en este momento o ha estado sin hogar en los últimos 12 meses?

- No
- Sí

Antecedentes militares:

- Sin servicio militar
- Servicio activo sin despliegue
- Servicio activo con despliegue en zona sin combate
- Servicio activo con despliegue en zona de combate o zona hostil
- Servicio previo sin despliegue (veterano)
- Servicio previo con despliegue en zona sin combate (veterano)
- Servicio previo con despliegue en zona en zona de combate o zona hostil (veterano)

¿Es usted un votante registrado?

- Menor: no aplica
- No
- Sí
- No. Comuníquese conmigo para obtener ayuda sobre cómo registrarse para votar.
- No. Por favor envíeme una tarjeta de registro de votante por correo

¿Tiene usted una discapacidad auditiva (de audición)?

- Sin discapacidad
- Dificultad auditiva
- Sordo/Ciego
- Sordo
- No lo sabe

Idioma de uso principal:

- Inglés americano
- Afroasiático
- Lenguaje de señas americano (LSA, por sus siglas en inglés)
- Nativo norteamericano
- Chino
- Francés
- Alemán
- Italiano
- Japonés
- Coreano
- Hebreo
- Árabe
- Ruso
- Polaco
- Español
- Vietnamita
- Otro

Capacidad para comprender el idioma inglés:

- El inglés es el idioma principal
- Nula
- Baja/mala
- Muy buena (por encima del promedio para su edad)
- Buena (promedio para su edad)

¿Se identifica usted con alguna de las siguientes etnias u orígenes hispanos?

- Cubano
- Mexicano
- No soy de origen hispano
- Otros hispanos
- Puertorriqueño

Raza: marque las opciones que correspondan:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico | <input type="checkbox"/> Asiáticos (incluidos los estadounidenses de origen japonés) |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska | |

Nombre de su escuela actual: _____

¿Asistió a la escuela o universidad en los últimos 3 meses?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí, clase de educación especial autónoma para niños en educación especial sin integración en el nivel escolar regular |
| <input type="radio"/> No, porque la escuela o universidad del cliente estuvo en receso durante los últimos tres meses | |
| <input type="radio"/> Sí, el cliente asistió a una escuela pública, escuela privada, escuela en casa, facultad o universidad | |

Nivel más alto de educación/último nivel completado:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Sin escolaridad | <input type="radio"/> Sexto grado completo |
| <input type="radio"/> Preescolar completo | <input type="radio"/> Séptimo grado completo |
| <input type="radio"/> Kínder completo | <input type="radio"/> Octavo grado completo |
| <input type="radio"/> Primer grado completo | <input type="radio"/> Noveno grado completo |
| <input type="radio"/> Segundo grado completo | <input type="radio"/> Décimo grado completo |
| <input type="radio"/> Tercer grado completo | <input type="radio"/> Décimo primer grado completo |
| <input type="radio"/> Cuarto grado completo | <input type="radio"/> Graduado de la escuela secundaria/GED completo |
| <input type="radio"/> Quinto grado completo | |
| <input type="radio"/> 1 año de educación más allá de la escuela secundaria completa | <input type="radio"/> 4 años de educación más allá del título de grado de facultad de 4 años |
| <input type="radio"/> 2 años de educación más allá de la escuela secundaria completa | <input type="radio"/> 5 años de educación más allá del título de grado de facultad de 4 años |
| <input type="radio"/> 3 años de educación más allá de la escuela secundaria completa | <input type="radio"/> 6 años de educación más allá del título de grado de facultad de 4 años |
| <input type="radio"/> Título de grado de facultad de 4 años completo | <input type="radio"/> 7 años de educación más allá del título de grado de facultad de 4 años |
| <input type="radio"/> 1 año de educación más allá del título de grado de facultad de 4 años | <input type="radio"/> 8 años de educación más allá del título de grado de facultad de 4 años |
| <input type="radio"/> 2 años de educación más allá del título de grado de facultad de 4 años | <input type="radio"/> Más de 8 años de educación más allá del título de grado de facultad de 4 años |
| <input type="radio"/> 3 años de educación más allá del título de grado de facultad de 4 años | <input type="radio"/> Nivel de educación desconocido |
| | <input type="radio"/> Nivel de educación no aplicable/sin registros |

Nombre de soltera de la madre completo: _____

Nombre completo del padre: _____

Parte responsable:

- Yo mismo(a) Padre (el cliente es menor de 18 años) Tutor o encargado:

Nombre de la parte responsable: [solo si no es uno(a) mismo(a)]: _____

Dirección de la parte responsable: (solo si es diferente): _____

Apt #: _____ Ciudad: _____ Condado: _____

Estado: _____ Zip: _____

Contacto de emergencia:

¿A quién podemos intentar contactar en caso de emergencia y dejar un mensaje?

Contacto de emergencia n.º 1: _____ Teléfono n.º: _____

Contacto de emergencia n.º 2: _____ Teléfono n.º: _____

Acuerdos de custodia/tutela:

Seleccione a continuación cualquier tipo de acuerdo de custodia o tutela. Tenga en cuenta que en algunas situaciones, la documentación deberá enviarse por fax o correo electrónico al Departamento de Información de Salud de NorthKey o puede entregarse en cualquier oficina de NorthKey.

Fax n.º 859-534-2627 Correo electrónico: nk_him@northkey.org

- Yo mismo(a):** (no se necesita documentación)
- Menos que vive con los padres:** (no se necesita documentación)
- Custodia compartida:** La madre y el padre están divorciados pero comparten la custodia, lo que permite a cualquiera de los padres tomar decisiones sobre el niño (DOCUMENTACIÓN REQUERIDA)
- Tutela:** La tutela puede ser para una persona mayor incapacitada, un menor o para adultos con discapacidades del desarrollo. Un tutor puede ser una variedad de personas diferentes, incluidos abuelos, tías, tíos, primos, amigos o una agencia (DOCUMENTACIÓN REQUERIDA)
- DCBS/DAIL:** El Departamento de Servicios Basados en la Comunidad o el Departamento de Personas Mayores y Vida Independiente tienen la custodia (DOCUMENTACIÓN REQUERIDA)
- Poder notarial por decisiones médicas:** El cliente tiene un poder notarial que permite a la persona nombrada tomar decisiones médicas/de salud mental sobre la atención en su nombre (DOCUMENTACIÓN REQUERIDA)
- Custodia exclusiva de la madre:** La madre tiene la custodia exclusiva (DOCUMENTACIÓN REQUERIDA)
- Custodia exclusiva del padre:** El padre tiene la custodia exclusiva (DOCUMENTACIÓN REQUERIDA)
- Orden temporal:** Existe una orden de custodia temporal (DOCUMENTACIÓN REQUERIDA)

Información de ingresos/facturación/seguro:

¿Cuál es el número de dependientes de los que usted es responsable? Este número lo incluiría a usted, a su cónyuge y a cualquier dependiente menor de 18 años en el hogar para quien usted es el cuidador principal) # _____

¿Cuál es la principal fuente de ingresos del hogar?

- Discapacidad
- Sin ingresos/mantenimiento
- Otras fuentes
- Asistencia pública
- Jubilación/Pensión
- Sueldos/Salarios/Trabajo autónomo

¿Usted o alguno de los dependientes dentro del hogar recibe el Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) o Beneficios de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)?

- No, no recibe nada
- Sí, tanto SSI como SSDI
- Sí, solo SSDI
- Sí, solo SSI
- Sí, Asistencia Temporal para Familias con Necesidades (TANF) y SSDI
- Sí, solo TANF

Estado de empleo:

- Niño, preescolar, menor de 6 años
- Persona con discapacidad
- Empleado a tiempo completo durante 32 o más horas por semana
- Empleado a tiempo parcial durante 31 o menos horas por semana
- Amo a ama de casa
- En las Fuerzas Armadas
- Despedido(a) del trabajo
- Buscando trabajo/Disponibile para trabajar durante las últimas cuatro semanas/No buscando trabajo
- Residente de una institución/encarcelado(a)
- Jubilado(a)
- Estudiante

Lugar de trabajo: _____

Frecuencia de ingresos:

- Semanalmente
- Quincenal (cada dos semanas)
- Dos veces al mes (por ejemplo: el 1° y el 15 de cada mes)
- Mensual
- Trimestral (cada tres meses)
- Anual

¿Cuál es el ingreso familiar anual total? Esto incluiría SSI/SSDI, empleo u otros ingresos recibidos en el hogar: \$ _____

Información del seguro:

D Marque esta casilla si no tiene seguro. Un miembro de nuestro equipo de facturación se comunicará con usted para brindarle ayuda.

Número de Medicaid: _____

Compañía de seguro: _____

Número de teléfono de la compañía de seguro: _____

Póliza #: _____ Grupo #: _____

Información del titular de la póliza: solo es necesaria si el titular de la póliza no es el cliente

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Comentarios adicionales sobre el seguro en caso de ser necesario:

Médico de atención primaria

Por favor, complete a continuación el nombre/grupo del médico, la dirección si la conoce (o ciudad), el teléfono y el fax si los conoce.

Nombre del médico/grupo: _____

Dirección del médico: _____

Teléfono del médico: _____ Fax: _____

Autorizo a NorthKey Community Care a comunicarse con mi proveedor de atención médica con el propósito expreso de mejorar la calidad y la coordinación de mi atención. Entiendo que esta comunicación puede incluir resúmenes iniciales y trimestrales a lo largo de mi tratamiento para ayudar a la comunicación continua sobre mi tratamiento médico. Doy mi consentimiento para la divulgación de toda la información sobre trastornos por uso de sustancias. Este consentimiento permanecerá en vigor durante un año y podrá revocarse en cualquier momento, excepto en la medida en que el programa de la parte 2 ya haya actuado en consecuencia. La parte 2 del título 42 del CFR prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.

Si no tiene un médico de atención primaria, NorthKey le enviará información sobre los servicios de atención primaria. Elegir un médico de atención primaria es una decisión importante, ya que su médico es su asesor y socio para ayudarle a mantener una buena salud. En NorthKey, fomentamos la comunicación entre los proveedores de salud física y salud conductual para mejorar la calidad y la coordinación de la atención.

Directiva anticipada:

Una directiva anticipada psiquiátrica es un documento legal que le permite indicar sus preferencias de tratamiento antes de una crisis de salud mental.

¿Tiene usted una directiva anticipada psiquiátrica?

- Menor: no aplica
- Sí
- No

- No. Comuníquese conmigo para compartir información sobre la directiva anticipada.

Si tiene una directiva anticipada psiquiátrica, envíe por fax o correo electrónico una copia a nuestro Departamento de Información de Salud o entréguela en cualquier oficina de NorthKey.

Fax n.º 859-534-2627 Correo electrónico: nk_him@northkey.org

Notificaciones de recordatorios de citas por mensaje de texto o correo electrónico:

La notificación se enviará 1 día hábil antes de la cita programada.

- Texto
- Correo electrónico
- Texto y correo electrónico
- No me interesa

Reconocimiento/Consentimiento general para tratamiento y facturación:

Certifico que he informado todas las pólizas/planes de seguro a NorthKey Community Care. Acepto notificar a NorthKey Community Care sobre cualquier cambio en mi cobertura de seguro médico y acepto llevar las tarjetas de seguro conmigo a cada cita. Por la presente, asigno y autorizo el pago directo de mis beneficios médicos a NorthKey Community Care. Autorizo el uso de la firma electrónica registrada para ser utilizada en todas las presentaciones de reclamos de seguros. Autorizo a NorthKey Community Care a divulgar toda la información médica y de otro tipo a terceros pagadores, administradores de beneficios u otras personas según sea necesario para verificar los beneficios, autorizar la recepción de servicios médicos y procesar reclamos de beneficios. Entiendo que NorthKey utilizará fondos de subvención siempre que sea posible. Con el fin de mejorar la calidad de los servicios, se recopilan datos y se informan a la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés). Esta información se hace anónima antes de enviarse.

Reconozco que soy la persona mencionada en estos documentos que da su consentimiento para el tratamiento o el tutor legal autorizado que autoriza a NorthKey Community Care a brindar tratamiento o servicios. Reconozco que he revisado el Aviso de prácticas de privacidad y la sección informativa de este documento. Si tengo preguntas o deseo más información, puedo ver e imprimir los siguientes documentos desde el sitio web de NorthKey Community Care o comunicarme con un representante de NorthKey Community Care para hacer preguntas.

Prácticas de privacidad – Aviso HIPAA sobre Derechos del cliente/Declaración de confidencialidad de los derechos del cliente con DID

Procedimiento de quejas del cliente Tarifa de escala variable

Nombre del cliente: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Nombre del tutor: _____

Firma del tutor: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Si firma electrónicamente en formato PDF, firme a continuación y envíe el documento por correo electrónico a nk_him@northkey.org haciendo clic en la dirección de correo electrónico:

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Al escribir su nombre a continuación, está firmando este documento electrónicamente. Usted acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma manual en este documento.

Escribe su nombre: _____

Firma electrónica del cliente/tutor: _____

No olvide completar una Autorización de información para cualquier persona con quien desee que NorthKey comparta información.

Esto podría incluir familiares, amigos, la escuela, abogados, trabajadores sociales, beneficiarios u otros trabajadores de la salud involucrados en su atención. Para niños menores de edad, complete una autorización de divulgación de información para cualquier persona que pueda llevar a su hijo(a) a una cita en el futuro.

Para fines informativos:

Confidencialidad

La confidencialidad es una parte fundamental de la relación con el terapeuta, que está cuidadosamente protegida por la ley. Esto significa que la información que usted comparte con su terapeuta no puede ser divulgada sin su permiso a nadie excepto al resto del personal de esta agencia. Si decide divulgar información, dicha información no podrá proporcionarse a ninguna otra parte sin su permiso. Sin embargo, existen varias circunstancias específicas bajo las cuales debemos romper la confidencialidad y divulgar información porque la ley nos obliga a hacerlo. Visite nuestro sitio web para revisar nuestra Declaración de confidencialidad.

Elegibilidad de medicamentos

Si recibo servicios de administración de medicamentos, mi proveedor puede verificar que los medicamentos que me recetaron estén cubiertos por mi compañía de seguros. Para obtener esta información, NorthKey Community Care puede acceder a la información de mi cobertura de seguro a través de su historial médico electrónico.

Servicios de telesalud

NorthKey puede ofrecer brindar servicios a través de una videoconferencia de telesalud con un médico. Los servicios de telesalud se brindan a través de una transmisión segura y NorthKey Community Care hará todo lo posible para garantizar que toda la información sobre mi encuentro de telesalud se mantenga segura y privada. Si no me siento cómodo con el uso de la tecnología de videoconferencia, en cualquier momento puedo detener la videoconferencia y solicitar que se programe una visita clínica tradicional en persona. Entiendo que todas las leyes sobre la privacidad y seguridad de mi información de salud personal (PHI, por sus siglas en inglés), según lo descrito por la HIPAA, se aplican a los servicios de telesalud, al igual que a todos los demás servicios aplicables prestados por NorthKey. Entiendo que no tengo la obligación de recibir servicios solo por telesalud y que, en lugar de eso, puedo elegir recibir servicios tradicionales en persona.

Revisión por inasistencia/cancelación

Su salud general y su participación en los servicios de NorthKey Community Care son muy importantes para nosotros. Para maximizar los beneficios de los servicios de apoyo, es muy importante asistir a las citas programadas.

Revise las siguientes responsabilidades para la asistencia a las citas:

- ✓ *Cuando no vaya a asistir a mi cita programada, avisaré sobre la cancelación con 24 horas de antelación.*

NorthKey asumirá que ya no estoy interesado en continuar con los servicios:

- ✓ *Si no llamo para programar una 2da cita y/o si no asisto a mi 2da cita.*
- ✓ *Cuando pasaron más de 3 meses desde la última cita a la que asistí y no tengo citas futuras programadas.*

Servicios de crisis

No se necesita el consentimiento de los padres para que un profesional preste servicios de salud mental a un menor si el riesgo para la vida o la salud del menor es de tal naturaleza que el tratamiento deba administrarse sin demora y el requisito del consentimiento daría lugar a una demora o negación del tratamiento. El menor debe estar en crisis y tener una necesidad urgente (inmediata) de servicios de salud mental. Esto NO incluiría terapia de salud mental continua, sino más bien un servicio único para tratar la crisis de salud mental inmediata. Los servicios de salud mental en curso (que no se consideran una crisis) requerirían el consentimiento de los padres. Estatutos Revisados de Kentucky KRS 214.185(4).

Derechos y responsabilidades del cliente

Cuando recibe servicios de NorthKey Community Care, tiene ciertos derechos y responsabilidades. Uno de estos derechos es que se le informe de sus derechos al comienzo de la prestación de servicios. Puede encontrar más información sobre sus derechos y responsabilidades en el sitio web de NorthKey Community Care.

Proceso de quejas

Se puede presentar una queja por cualquier posible violación de los derechos del cliente. El proceso de queja se puede iniciar llamando al Jefe de Servicios y Desarrollo. La queja también puede iniciarse mediante la solicitud del cliente de un formulario de información de quejas en cualquier ubicación de NorthKey. En cualquier momento del proceso, la persona que presenta la queja puede comunicarse con el Defensor del Pueblo de NorthKey Community Care para ayudar a las personas a resolver las quejas.

Notificación de seguimiento

Los representantes de NorthKey Community Care pueden comunicarse con usted durante el tratamiento o después de la finalización del tratamiento para determinar su satisfacción con los servicios recibidos en esta organización.

Asistencia lingüística

Entiendo que NorthKey me proporcionará servicios de idiomas sin costo alguno. Entiendo que los servicios de idiomas pueden ser proporcionados por un intérprete contratado.

Pruebas cutáneas de tuberculosis

La tuberculosis (TB) está aumentando en los Estados Unidos. Como parte de su tratamiento con esta agencia, le recomendamos que se haga una prueba cutánea de tuberculosis. La detección temprana de la tuberculosis puede ser muy beneficiosa y el tratamiento es muy exitoso. En el Departamento de Salud local se realizan pruebas cutáneas de tuberculosis a diario.

Uso de drogas intravenosas

Las personas que alguna vez consumieron drogas por vía intravenosa tienen un alto riesgo de contraer infección por VIH, hepatitis y tuberculosis. Le recomendamos que se haga la prueba del VIH, tuberculosis y hepatitis. Se encuentran disponibles pruebas anónimas y asesoramiento sobre VIH a un pequeño costo en su Departamento de Salud local. El personal de NorthKey puede ayudarle a acceder a estos servicios.

Mujeres embarazadas y atención prenatal

Es muy importante que las mujeres embarazadas visiten regularmente a su médico para su propio cuidado de salud personal y para el cuidado prenatal del bebé por nacer. También es muy importante evitar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas que puedan dañar al bebé por nacer. El personal de NorthKey puede ayudarle a acceder a estos servicios.

Portal de salud para clientes de NorthKey:

Si ingresó su dirección de correo electrónico en la primera página, se registrará en el Portal de clientes de NorthKey. Recibirá una clave de acceso por correo electrónico que caducará en 5 días. Aproveche este valioso recurso de atención médica.

Si no recibe su clave de registro dentro de los 2 días hábiles posteriores al envío de este documento, la clave ha expirado o no puede iniciar sesión en su cuenta, contáctenos al 859-331-3292.

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. Revíselo con detenimiento.

Sus derechos

TIENE DERECHO A:

- recibir una copia de su historial médico en físico o electrónico;
- corregir su historial médico físico o electrónico;
- solicitar comunicación confidencial;
- solicitar que limitemos la información que compartimos;
- recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información;
- recibir una copia de este aviso de privacidad;
- elegir a alguien que actúe en su nombre;
- presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

➤ **Consulte la página 2** para obtener más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos.

Sus opciones

TIENE ALGUNAS OPCIONES EN CUANTO A LA FORMA EN QUE UTILIZAMOS Y COMPARTIMOS LA INFORMACIÓN PARA:

- contarle a sus familiares y amigos sobre su condición;
- proporcionar ayuda en casos de desastre;
- proporcionar atención de salud mental;
- proporcionar servicios de consumo de sustancias;
- recaudar fondos (solo con su permiso por escrito).

➤ **Consulte la página 3** para obtener más información sobre estas

Nuestros usos y divulgación

PODEMOS UTILIZAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN PARA:

- tratarlo;
- dirigir nuestra organización;
- facturar por sus servicios;
- ayudar con los problemas de salud y seguridad pública;
- investigar;
- cumplir con la ley;
- responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos;
- trabajar con un médico forense o director de funeraria;
- responder a demandas y acciones legales;
- atender las solicitudes de compensación (indemnización) laboral, de la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.

➤ **Consulte la página 3 y 4** para obtener más información sobre estos usos y divulgaciones.

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades

- **Recibir una copia electrónica o impresa de su historial médico.**
- Puede solicitar ver o recibir una copia electrónica o impresa de su historial médico y cualquier otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general, dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable acorde al costo.

Solicitar la corrección de su historial médico.

- Puede solicitarnos que corrijamos la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Es posible que rechacemos su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales.

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos.

- Puede solicitarnos que **no** usemos ni compartamos cierta información de salud relacionada con el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si eso afectaría su atención.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información relacionada con pagos o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Lo aceptaremos, a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información.

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que lo solicita, con quién la compartimos y por qué.

- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como las que usted nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable acorde al costo si solicita otra en un plazo de 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad.

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de manera electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa lo antes posible.

Elegir a alguien que actúe en su nombre.

- Si le ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. *(Debe aportar documentación legal que lo compruebe).*
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si siente que se violan sus derechos.

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros y utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg. Washington, D.C. 20201, o visitando el sitio web www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opcione

Para cierta información de salud, puede indicarnos sus opciones sobre lo que

compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la posibilidad de indicarnos lo que hagamos:

- compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención;
- compartir información en caso de desastre.
- **Recordatorios de citas:** A menos que nos dé instrucciones alternativas, podemos enviarle recordatorios de citas y otros materiales similares a su hogar.

*Si no puede decirnos su preferencia porque, **por ejemplo**, está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.*

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

- fines de marketing;
- venta de su información;
- mayor intercambio de notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Es posible que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos, pero puede indicarnos que no nos volvamos a comunicar con usted.

¿Cómo solemos usar o compartir su información de salud?

Solemos utilizar o compartir su información de salud de las siguientes maneras.

Tratarlo

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le estén tratando (con excepción de los casos de abuso de sustancias y VIH, para los que se requiere autorización).

Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización

Podemos usar y compartir su información de salud para gestionar nuestra consulta, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Usamos información de salud sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.

Ejemplo: Le damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html>

Ayudar con los problemas de salud y seguridad pública

Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones como:

- prevención de enfermedades;
- ayuda con el retiro de productos del mercado;
- notificación de reacciones adversas a los medicamentos;
- denuncias de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- prevención o reducción de una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona.

Investigar

Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones de salud.

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere verificar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o director de funeraria

Podemos compartir información de salud con un forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona muere.

Atender las solicitudes de compensación (indemnización) laboral, de la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- para reclamaciones de compensación laboral;
- para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley;
- con órganos de control de la salud para las actividades autorizadas por la ley;
- para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pudiera haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritos en este aviso y entregarle una copia de este.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita en este documento, a menos que nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos indicara que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

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

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Otras instrucciones del aviso

- Fecha de entrada en vigencia de este aviso: **23/09/2013, revisado el 16/01/2023**
- Oficial de privacidad: Valerie Simons, RHIA
503 Farrell Drive, Covington, KY 41011 (valerie.simons@northkey.org) / 859-578-3200
Oficial de seguridad: James Brun –
502 Farrell Drive, Covington, KY 41011 (Jim.Brun@northkey.org) / 859-578-3200
- **Según el Reglamento Federal 42 del CFR, Parte 2:** “Nunca compartiremos ningún registro de tratamiento por abuso de sustancias sin su permiso por escrito”, con excepción de lo que permiten los reglamentos, consulte a continuación.
- **Usos y divulgaciones de PHI de registros de alcohol y otras drogas que no requieren consentimiento o autorización:** La ley establece que podemos usar o divulgar su PHI de registros de alcohol y otras drogas sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias:
 - **Cuando lo exija la ley:** Podemos divulgar su PHI cuando una ley exija que proporcionemos información sobre sospechas de abuso y negligencia infantil, o cuando se ha cometido un delito en las instalaciones del programa o contra el personal del programa, o en respuesta a una orden judicial.
 - **En relación con personas fallecidas:** Podemos divulgar su PHI relacionada con la muerte de una persona si la ley estatal o federal requiere la información para la recopilación de estadísticas vitales o la investigación de la causa de la muerte.
- **Con fines de auditoría o evaluación:** En determinadas circunstancias, podemos divulgar su PHI con fines de auditoría o evaluación.
- **Intercambio de información de salud:** Con el objetivo de favorecer la mejor atención posible entre todos sus proveedores, habrá ocasiones en las que cierta información básica se enviará de un proveedor a otro a través de una comunicación electrónica segura. La información enviada o recibida incluirá solo componentes esenciales de su diagnóstico y tratamiento. Este intercambio de información tiene como objetivo garantizar que su atención sea constante y que sus proveedores estén bien informados en todos los ámbitos. Este intercambio electrónico seguro no requiere su consentimiento, pero podemos eximirlo del intercambio si así lo solicita. Si tiene dudas sobre el intercambio electrónico seguro de información, puede hablar con su proveedor.