

|  |  |
| --- | --- |
| **NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**  **¿QUE ES INFORMACION MÉDICA PROTEGIDA (PHI)?**  Autorización para divulgar información de salud protegida PHI (por sus siglas en inglés)   * Facturas del pasado, presente o futuro relacionadas con el cuidado de su salud; * La provisión de cuidado de salud a usted; * Facturas del pasado, presente o futuro o las provisiones de salud que le otorgaron, las asistencia médica o servicios a usted o; * Su información genética. | **Su Información.**  **Sus Derechos.**  **Nuestras Responsabilidades.**  Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y como puede obtener acceso a esta información. Esta notificación aplica a Gracepoint, sus socios y subcontratos.  **-Revísela con Cuidado-** |

|  |
| --- |
| **Cuando se trata de su inforamcion médica, usted tiene ciertos derechos.** |

* **Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial medico**
* Usted, o su designado, puede solicitar que le muestren o entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico. Su solicitud debe ser pro escrito al proveedor de servicios que mantiene su información médica.
* Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.
* No estamos obligados permitirle ver o hacer copias de notas de psicoterápicas, información preparada para su uso en acciones legales o procedimientos, o donde el acceso es prohibido por ley.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Solicitar que corrijamos su historial médico**
* Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Su solicitud debe ser por escrito al proveedor.
* Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Recibir notificaciones de infracción**
* Le proporcionaremos un informe si hay una violación de su informe médico.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Solicitar comunicaciones confidenciales**
* Puede solicitar que nos comuníquenos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente. Su solicitud debe ser por escrito al proveedor de servicios que mantiene su información médica.
* Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos**
* Puede solicitarnos que **no** utilicemos ni compartamos determinada información médica. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afecta su cuidado.
* Puede solicitar que **no** utilicemos ni compartamos determinada información médica. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si éste afectara su cuidado.
* Su solicitud debe ser por escrito al proveedor de servicios que mantiene su información médica.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Elegir a alguien para que actué en su nombre**
* Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, tal persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
* Nos aseguraremos de que la persona tenga ésta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**
* Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quien la hemos compartido y porque.
* Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionarnos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de 12 meses.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **No divulgar información a su compañía de seguro si usted paga por sus servicios**
* Puede solicitar que no divulguemos ninguna información a su seguro médico/plan de salud en referencia a su admisión o encuentro si usted pago en total los servicios asociados a la hora de servicio. La excepción seria si por ley es obligatorio que extendemos la factura a su plan de seguro, que es el caso en la mayoría de los planes de Medicaid.

  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Obtener una copia de esta notificación de privacidad**
* Puede solicitar una copia en papel de ésta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Presentar una querella si considera que se violaron sus derechos**
* Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una querella comunicándose de manera escrita a: Gracepoint HIPAA Privacy Officer, 5707 N. 22nd Street, Tampa, Florida 33610 o llamando 813-239-8279, o fax a 813-239-8397.
* Puede presentar una querella en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: 200 Independence Avenue, S. W., Washington, D. C. 20201, llamadno1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr//privacy/hipaa/complaints.
* No tomaremos represalias en su contra por la presentación de un querella

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Para cierta información médica, puede decirnos que desea que compartamos**.  Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en la situaciones descritas  debajo, comuníquese con nosotros. Díganos que quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones. |

* **En estos casos tiene el derecho y la selección de decirnos que:**
* Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucrados en su cuidado.
* Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio.

También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso.**
* Propósitos de mercadeo.
* Venta de su información.
* La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **En el caso de recaudación de fondos**
* Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Métodos De Comunicación**
* Gracepoint usa una variedad de métodos de comunicación electrónica incluyendo teléfono, mensajes de texto y correo electrónico para comunicarse con usted con el propósito de citas, servicios disponibles y otros servicios relacionados con la atención médica que pueden ser de interés. Gracepoint utiliza un método de comunicación aprobado producto específico de nuestra elección. Gracepoint divulgará información limitada de salud protegida a otras personas que pueden responder a sus comunicaciones electrónicas como teléfonos, mensajes de texto a correo electrónico. Esto puede incluir información sobre citas, servicios disponibles u otros servicios relacionados con la atención médica.
* Elegirás tus preferencias de comunicación en el momento de su admisión a uno de nuestros programas. Si opta por excluirse de cualquier comunicación de que selecciono en una fecha posterior puede ejercer su opción de exclusión voluntaria o revocar una solicitud de exclusión previa tendrá que proporcionar su nombre fecha de nacimiento y use cualquiera de los siguientes métodos:
* Llámenos al 813-239-8280
* Envíenos su solicitud de rechazo por escrito en la dirección indicada abajo:
* Gracepoint Attn: Oficial De Privacidad 2815 E. Henry Avenue Suite D-7 Tampa, FL 33610

|  |
| --- |
| **¿De qué manera podemos utilizar su información médica?**  Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras. Por favor tenga presente no todo tipo de divulgación ésta detallado en esta notificación |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tratamiento** | Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que le estén tratando. | *Ejemplo: Un médico que lo lleve a cabo una evaluación clínica puede consultar con otro doctor sobre su salud general.* |
| **Dirigir nuestra organización** | Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su cuidado y comunicarnos con usted cuando sea necesario. | *Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.* |
| **Facturar por sus servicios** | Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades. | *Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.* |
| **Trabajar con Negocios Asociados y Sub-contratistas** | Gracepoint tiene contractos con individuos, otras agencias, y negocios para llevar a cabo servicios por los cuales somos responsables. Ejemplos incluyen agencias basadas en servicios comunitarios, agencias de manejo de casos, centros del tratamiento de salud mental, y comerciantes de tecnología. | |

* **¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?**
* Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos.
* Para Mas Información por favor visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers.index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers.index.html)
* Gracepoint participara y compartirá información médica protegida limitada con la organización de Servicios de intercambio de Información De Salud De Florida

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad**
* Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
* Prevención de enfermedades
* Ayuda con el retiro de productos del mercado.
* Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
* Informe de sospecha de abuso a menores, negligencia o violencia doméstica.
* Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Realizar investigaciones médicas**
* Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Cumplir con la ley**
* Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

 We will share information about you if federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we’re complying with federal privacy law.

 We will share information about you if federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we’re complying with federal privacy law.

* Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Responder a demandas y acciones legales**
* Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Trabajar con un médico forense o director funerario**
* Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**
* Podemos utilizar o compartir su información médica:
* Indemnización Laboral
* Para reportar un crimen contra el personal de la agencia o dentro de propiedad de la agencia.
* Por razones de órdenes de la ley, con un agente del orden público, o in instituto correccional.
* Con agencias encargadas sobre el cuidado de salud o actividades autorizadas por ley. Por ejemplo, una auditoria.
* En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.
* Agencias de auxilio ante catástrofes autorizadas por la ley.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nuestras Responsabilidades**

 · Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida (PHI).

· Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.

· Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en ésta notificación y entregarle una copia de la misma.

· No utilizaremos ni compartiremos su información de manera distinta a la aquí descrita, a menos que nos deje saber por escrito. Puede cambiar de parecer en cualquier momento. Tan solo pedimos que nos deje saber por escrito.

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

**Cambios a los términos de esta notificaron**

Podemos modificar los términos de ésta notificación, y los cambios se aplicaran a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web: [**www.gracepointwellness.org**](http://www.gracepointwellness.org)

**Efectivo: Septiembre 22, 2013; Revisado: Marzo 2019**

**Ésta notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.**

Gracepoint, sus socios y subcontratistas.

Si considera que hemos violado sus derechos, o está en desacuerdo con una decisión que tomamos con su privacidad y seguridad de su información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés). Puede presentar una querella al Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta y/o al Departamento de Niños y Familias. Puede presentar su querella a las siguientes agencias.

No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una querella.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gracepoint**  HIPAA Privacy Officer  5707 N. 22nd Street  Tampa, FL 33610  Phone: (813) 239-8279  FAX: (813) 239-8397  Website:[www.gracepointwellness.org](http://www.gracepointwellness.org) | **The Department of Children and Families Office of Civil Rights**  HIPAA Privacy Officer  1317 Winewood Blvd., Bldg. 1, Room 110  Tallahassee, FL 32399-0700  Phone: (850) 487-1901  FAX: (850) 921-8470  Website:[www.myfloridafamilies.com/hipaa](http://www.myfloridafamilies.com/hipaa) | **U. S. Department of Health**  **and Human Services**  Sam Nunn Atlanta Federal Center,  Suite 16T70  61 Forsyth Street, S. W.  Atlanta, GA 30303-8909  Voice Phone: (404) 562-7859  FAX: (404) 562-7881  TDD: (404) 562-7884 |

|  |
| --- |
| **C:\Users\dtopping\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Outlook\KYN4RLDE\GRACEPOINT2_LOGO.jpg**  **DERECHOS HUMANOS Y DERECHOS EN LA SALUD DEL COMPORTAMIENTO** |
| Sus derechos legales serán garantizados y protegidos por Gracepoint de la siguiente manera: |
| Usted tiene derecho a: |
| 1. Recibir el tratamiento necesario sin importar su edad, raza, origen étnico, sexo, enfermedades mentales, limitaciones físicas, lugar de residencia o su capacidad de pagar por los servicios. |
| 1. Ser tratado con respeto y dignidad mientras recibe tratamiento y cuidado. |
| 1. Recibir tratamiento y servicios basados en sus necesidades individuales e intereses, y que reúnan las siguientes características:    * Es adecuado y humano    * Es provisto en el ambiente menos restrictivo    * Está especificado en un plan de tratamiento individual, el cual es revisado periódicamente para asegurar que el mismo es efectivo y apropiado    * Es provisto por un número adecuado de personal profesional, competente y cualificado    * Le ha sido totalmente explicado a Usted, describiendo la naturaleza y el propósito del cuidado, los procedimientos y tratamientos que Usted recibirá; asimismo la duración del tratamiento necesario y las alternativas disponibles. |
| 1. Ser informado de los nombres de su manejador (a) de caso y todo el personal profesional adicional, incluyendo la información profesional de cada uno y la relación que tienen con Usted y su caso. |
| 1. Ser informado de toda información relacionada con su diagnóstico y posibles tratamientos pendientes por parte del doctor que le atiende, su manejador (a) de caso y/ó proveedor autorizado, incluyendo razones por las cuales pudiera haber un cambio en el personal profesional responsable de su tratamiento. |
| 1. Estar informado sobre su plan de alta y cualquier plan que incluye un plan de salud física, mental o dependencias a substancias químicas. Requisitos sobre el cuidado y sus opciones. |
| 1. Solicitar otra opinión a través de una consulta con el propósito de revisar su plan de tratamiento, ya sea con personal interno de la agencia o con un consultor independiente, para el cual Usted deberá cubrir el costo. |
| 1. Ser informado de ciertos riesgos, efectos secundarios y beneficios de todos los medicamentos y tratamientos utilizados, al igual que de otras alternativas disponibles. |
| 1. Estar en desacuerdo con cualquier forma de tratamiento y/o condiciones de esta institución y/ó iniciar una queja a través del departamento de ‘Performance Improvement’ (mejoras a servicios) de esta agencia en el teléfono: 813-239-8545 |
| 1. Tener acceso a servicios religiosos, consejería espiritual y miembros del clero, siempre y cuando Usted lo requiera. |
| 1. Ser informado de las reglas, regulaciones y responsabilidades que aplican a la conducta diaria. |
| 1. Que se asegure su privacidad personal y que ésta sea protegida dentro de los límites del plan de tratamiento. |
| 1. Ser informado de que todos los efectos personales que no son permitidos en la unidad, deben ser guardados en su vehículo ó asegurados hasta que Usted abandone la agencia. |
| 1. Ser informado del costo de los servicios, en detalle si es posible, y de cualquier recurso para reembolso al programa ó limitaciones en la duración de los servicios. |

|  |
| --- |
| **GRACEPOINT** tiene el derecho y la responsabilidad de dar de alta a un paciente por cualquiera de las siguientes razones:   * + Rehusar tratamiento necesario y razonable   + Violación de las reglas del programa   + Interferencia con el tratamiento de otros pacientes   + Fallo en cumplir con los requisitos del plan de tratamiento |

|  |
| --- |
| Cualquier persona que tenga una queja de los servicios recibidos en Gracepoint y/ó piensa que se le han negado sus derechos, debe hablar con su proveedor primario (terapista, consejero (a), manejador (a) de caso, psiquiatra) ó el gerente del programa (Program Manager) o el Supervisor (a) e informarle que Usted interesa radicar una queja. Su queja será documentada y enviada a ‘Performance Improvement’ (mejoras a servicios). Si Usted necesita dar seguimiento a su queja, favor póngase en contacto con: |
| ***Oficina de ‘ Performance Improvement’*** (mejoras a servicios) al: 813-272-2244  Cualquier persona que entiende que Gracepoint no ha respondido adecuadamente a una queja, puede inicar una querella contactando a:  ***El ‘Department of Children & Families, Regional Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Program Office’*** (Departamento de Niños y Familias, Oficina Regional de Alcohol, Drogas y Salud Mental)) al: 813-337-5700    ***Central Florida Behavioral Health Network, Inc.(CFHBN)*** al: 1-866-211-9127 |
| Además, si alguna persona que ha recibido servicios de Gracepoint entiende que las agencias locales no han respondido adecuadamente a asuntos relacionados con la salud mental de una persona, puede contactar a:  ***Advocacy Center for Persons with Disabilities*** (Centro de Defensa para Personas con Discapacidades) al:  1-800-342-0832 |
| Si en cualquier momento, una persona que ha recibido servicios de Gracepoint, entiende que ha sido abusado, descuidado ó explotado por miembros del personal u otro personal, puede contactar inmediatamente a:  ***Department of Children and Families Abuse Hotline*** (Registro de Abusos del Departamento de Niños y Familias) al: 1-800-962-2873 |

Derechos de Personas

En Programas y Facilidades de Salud Mental

Los siguientes derechos están garantizados según las leyes de Florida. Estos derechos le serán explicados a usted en su totalidad en el momento en que sea admitido a esta institución; usted recibirá una copia que deberá conservar. Usted tiene derecho a leer las leyes y regulaciones de la Ley de Baker Act en cualquier momento. Su firma en el formulario, si opta por firmarlo, solamente reconoce que ha recibido una explicación de sus derechos y que se le entregó una copia de este formulario.

**Dignidad Individual**

Usted tiene derecho a su dignidad individual y al acceso a sus derechos constitucionales. El ‘Americans with Disabilities ACT, ‘ADA’, la ley que aplica a personas con discapacidades, se aplica a las personas en esta institución.

**Derecho a solicitar ser dado de alta para personas en estado voluntario de admisión**

Si usted solicita que le den de alta, su médico será notificado y usted será dado de alta de una institución comunitaria dentro de un plazo de 24 horas y de un hospital estatal en un plazo de 3 días laborales, a menos que usted retire su solicitud ó reúna el criterio para admisión involuntaria. Si usted reúne los requisitos para admisión involuntaria, dentro ó fuera de la institución, el administrador del hospital deberá presentar una solicitud en la Corte dentro de dos (2) días laborales a partir de su pedido, para poder retenerlo a usted en la institución.

**Designación de un Representante**

Usted deberá identificar a una persona para que esta sea notificada en caso de emergencia. Asimismo, si se encuentra en esta institución para un examen involuntario y no tiene un representante designado por la Corte, se le solicitara que designe a una persona de su elección para recibir notificación de su presencia en esta institución, a menos que usted solicite que no se envié una notificación. Si usted no designa ó no puede designar a un representante la institución seleccionara un representante de una lista de personas en orden de prioridad. Usted tiene derecho a ser consultado sobre la persona seleccionada por la institución y puede pedir que dicho representante sea reemplazado.

**Comunicación**

Usted tiene derecho a comunicarse en forma abierta y privada por teléfono, correo ó visitas con personas de su elección durante su permanencia en esta institución. También tiene derecho a realizar llamadas telefónicas locales gratuitas y tendrá acceso a llamadas de larga distancia si los cargos son revertidos. Si la comunicación es restringida, Usted recibirá una notificación por escrito que incluye los motivos de al restricciones. Esta institución tiene la obligación de desarrollar normas razonables para los visitantes, las horas de visita y el uso del teléfono, pero no se podrá limitar su acceso a su abogado, a un teléfono para reportar abusos, para ponerse en contactó con el ‘Local Advocacy Concil’ (Consejo de Defensa Local de Florida) ó el ‘Advocacy Center for Persons with Disabilities ‘(Centro de Defensa para Personas con Discapacidades). A continuación se proporcionan varios números de teléfonos gratuitos:

Florida Abuse Registry 1 800 96-ABUSE (962-2873); TDD: 1-800-453-5145

Advocacy Center for Persons with Disabilities 1 800 342-0823

**Confidencialidad de información y registros**

La información sobre su permanencia en esta institución es confidencial y no puede ser divulgada, salvo bajo circunstancias especiales, sin su consentimiento (o el consentimiento de su representante ó representante legal ó representante/apoderado para la atención médica si tuviera uno). Las circunstancias especiales incluyen la divulgación de información a su abogado, en respuesta a una orden judicial, a un proveedor de asistencia después de ser dado de alta ó después de una amenaza de daño a otra persona. Usted tiene derecho al acceso razonable de su historia clínica a menos que su médico determine que dicho acceso es perjudicial para Usted.

**Tratamiento**

Usted tiene derecho a recibir en esta institución el tratamiento menos restrictivo y más adecuado disponible. Se le practicará un examen médico dentro de 24 horas a partir de su llegada y se le solicitará su ayuda para desarrollar un plan tratamiento para satisfacer sus necesidades individuales. Los criterios, los procedimientos y la capacitación requerida del personal utilizado por este establecimiento para restricciones, reclusión, aislamiento, órdenes de tratamiento de emergencia niveles rigurosos de supervisión ó manejo físico, están disponibles para su revisión. Dichas intervenciones nunca podrán ser utilizadas para castigo, conveniencia del personal ó para compensar la falta de personal adecuado.

**Directivas anticipadas**

Usted tiene derecho a preparar una directiva anticipada, cuando tenga la capacidad para hacerlo, que especifique la clase de atención de salud mental que usted desea ó no desea, y a designar a un representante para la atención medica que tome decisiones por usted en caso de crisis. La institución tiene la obligación de realizar esfuerzos razonables para cumplir con dichas directivas ó trasladarlo a otra institución que pueda satisfacer sus directivas. El establecimiento debe documentar si tiene una directiva anticipada e informarle sobre sus políticas acerca de las directivas anticipadas. Existen organizaciones que pueden ayudarlo a preparar una directiva anticipada.

**Consentimiento Informado**

Antes de aplicarle cualquier tratamiento, le brindaremos información sobre el tratamiento propuesto, el objetivo del tratamiento, los efectos secundarios frecuentes de los medicamentos que le sean administrados, los tratamientos alternos, la duración aproximada del tratamiento, y que cualquier consentimiento dado podrá ser revocado en cualquier momento por usted, su representante, su representante legal ó su representante/apoderado para la atención médica. Se le podrá proporcionar información adicional de los medicamentos que le sean administrados. Si el tratamiento para el cual usted ha dado el consentimiento fuera modificado en cualquier momento durante su permanencia es esta institución, recibirá una explicación completa del personal antes de solicitarle su consentimiento por escrito para el tratamiento revisado.

**Vestimenta y Efectos Personales**

Usted tiene derecho a conservar su vestimenta y sus efectos personales salvo que sean removidos por cuestiones de seguridad ó razones clínicas.

En caso que se le fueran removidos algunos artículos, se prepara un inventario de sus pertenencias y se le entregara para que lo firme. Las pertenencias le serán devueltas inmediatamente a usted ó a su representante en el momento que se le de de alta ó sea trasladado a otra institución.

**Habeas Corpus**

Usted o su representante tienen derecho a solicitar a la Corte de revisión de la causa y la legalidad de su detención en esta institución o si usted creyera que se le ha sido injustamente denegado un derecho o privilegio legal o se está haciendo abuso de un procedimiento autorizado. Si lo solicita, el personal le entregara un formulario de solicitud. Si desea presentar una solicitud de Habeas Corpus, puede presentarla a un miembro del personal de la institución, y la institución lo presentara por usted ante la corte a mar tardar el día siguiente.

**Votación**

Usted tiene derecho a registrarse para votar y emitir un voto en las elecciones, salvo que la Corte le haya quitado dicho derecho. El personal le brindara ayuda para registrarse y ejercer su voto.

**Alta**

Usted tiene derecho a buscar tratamiento de un profesional o entidad de su elección luego de ser dado de alta de esta institución.

Departamento De Salud y Servicios Humanos

Centros de Servicios de Medicare Y Medicaid

No. De aprobación OMB 0938-0692

**Mensaje Importante De Medicare Sobre Sus Derechos**

**Como Paciente Interno, Usted Tiene El Derecho A:**

* Recibir servicios cubiertos por Medicare. Esto incluye servicios de hospital necesarios desde el punto de vista médica y servicios que podría necesitar después de la salida (dado de alta), si son ordenados por el médico. Tiene el derecho a estar informado sobre estos servicios, quien le pagara.
* Participar en toda decisión sobre la estadía en el hospital y saber quién le pagara.

* Notificar toda preocupación que tenga sobre la calidad de la atención recibida a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus signas en inglés) mencionada aquí:

Florida Medical Quality Assurance (813) 354-9111 o 800-844-0795

**Sus Derechos de Medicare Para Salir Del Hospital:**

**Planificación para su salida (dado de alta):** Durante la estadía en el hospital. El personal cooperara con usted para prepáralo para que su salida no presente riesgos y organizar los servicios que usted podría necesitar después de salir del hospital. Cuando ya no necesite recibir la atención de hospital como paciente interno, el médico o el personal del hospital le informaran la fecha de salida.

**Si piensa que su salida es muy apresurada:**

* Puede hablar con el personal del hospital, su médico y la administración de su plan cuidado de la salud (si pertenece a uno de ellos) sobre sus preocupaciones.

* También tiene el derecho de apelar, es decir, pedir una revisión de su caso por una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en ingles). El QIO es un organización externa contratada por Medicare para revisar el caso a fin de decir si usted está listo para salir del hospital.
* **Si desea apelar, debe comunicarse con el CQI antes de la fecha de su salida (dado de alta) planificada y antes de la fecha de su salida (dado de alta) planificada y antes de salir del hospital.**
* En tal caso, no tendrá que pagar los servicios que reviva durante el proceso de apelación (con excepción de los cargos como copagos y deducibles).
* Si no apela la decisión, pero decide permanecer en el hospital más allá de la fecha de salida (dado de alta) planificada, tal vez tenga que pagar el costo de los servicios que reciba después de esa fecha.
* **La página 2 incluye instrucciones paso por paso para comunicarse con el QIO y presentar una apelación.**

Si desea hablar con alguien en el hospital sobre este aviso, llame al (813) 272-2958

**Favor de firmar y escribir la fecha para mostrar que recibió este aviso y que entiende sus derechos.**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del paciente o representante | Fecha/Hora |

Form CMS-R-193 (approved xx/16)

**Pasos Para Apelar Una Salida**

**Paso 1:** Debe comunicarse con el QIO antes de la fecha de su salida (dado de alta) planificado y antes del hospital. En tal caso, no tendrá que pagar los servicios que reciba durante la apelación (con excepción de los cargo como copagos y deducibles).

* Esta es la información para comunicase con el QIO:

|  |
| --- |
| Florida Medical Quality Assurance |
| Numero Local (813) 354-9111 o Gratis: 800-844-0795 |

* Puede presentar una solicitud de apelación cualquier día de la semana. **Una vez que hable con alguien o deje un mensaje, ha comenzado la apelación.**
* Puede pedir ayuda al hospital para comunicarse con el QIO si fuera necesario.
* El nombre de este hospital es:

|  |  |
| --- | --- |
| Mental Health Care, Inc. dba Gracepoint | Numero de proveedor: 00544 |

**Paso 2:** Recibirá un aviso detallado del hospital o del plan Medicare Advantage u otro plan de cuidado de salud administrado de Medicare (si pertenece a uno de ellos) que explica las razones por las que consideran que usted está listo para ser dado de alta.

**Paso 3**: El QIO le solicitara su opinión. Usted o su representante necesitan estar disponibles para hablar con el QIO, si se solicita. Usted o su representante pueden presentar al QIO una declaración escrita, pero no se le exige que así lo haga.

**Paso 4**: El QIO revisara su historial médico y otra información importante sobre su caso.

**Paso 5**: El QIO le notificara sobre su decisión en el lapso de 1 día después de recibir toda la información necesaria.

* Si el QIO determina que usted no está listo para ser dado de alta, Medicare continuara cubriendo el costo de los servicios de hospital.
* Si el QIO determina que usted está listo para ser dado de alta, Medicare continuará pagando sus servicios hasta el mediodía del día después que el QIO le notifique a usted su decisión.

**Si No Cumple Con La Fecha Limite Para La Apelación, Usted Tiene Otros derechos de Apelación**

* Todavía puede solicitar al QIO o suplan (si pertenece a uno de ellos) que revisen su caso;
* Si tiene Medicare Original: Llame al QIO mencionado arriba.
* Si pertenece al plan Medicare Advantage o a otro plan de cuidado de salud administrado de Medicare: Llame a su plan
* Si usted se queda en el hospital, el hospital puede cobrarle el costo de los servicios que reciba después de la fecha de su salida (dado de alta) planificada.

Si desea más información, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o TTY: 1-877-486-2048.

**Información Adicional:**

Por favor llame al número (813) 272-2958 para obtener más información sobre Mental Health Care, Inc. Sus facultades, programas o procesos.

De acuerdo con la Ley de Reducción de papeleo (“Paperwork Reduction Act) de 1995, no se exige a nadie que responda a la información solicitada a menos que se exhiba un número de control OMB valido. El número de OMB correspondiente a esta relación de datos es el 0938-0692. El tiempo promedio calculado para contestar las preguntas es 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar reseñas de datos existentes, recopilar los datos necesarios, completar y revisar la información. Si tiene de respuesta o sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a CMS, Attn: PARA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.