Advocates
Caring Partners. Creative Solutions. Better Lives.

Aviso de prácticas de privacidad

Su información.
Sus derechos.
Nuestra responsabilidad.

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse la información sobre su salud y cómo puede acceder usted a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

Sus derechos	**Usted tiene el derecho a lo siguiente:** • Obtener una copia de su historia clínica en forma impresa o electrónica. • Corregir su historia clínica impresa o electrónica. • Solicitar comunicación confidencial. • Pedirnos que limitemos la información que compartimos. • Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido su información. • Obtener una copia de este aviso de privacidad. • Elegir a alguien para que actúe en su nombre. • Presentar una queja si considera que se han infringido sus derechos de privacidad.	➤ ***Consulte las páginas 2 y 3 para obtener más información sobre estos derechos y sobre cómo ejercerlos.***
Sus opciones	**Usted tiene algunas opciones sobre el modo en que usamos y compartimos información cuando:** • Determinemos si podemos hablar con su familia y sus amigos acerca de su afección. • Proporcionemos socorro en caso de catástrofe. • Proporcionemos atención de salud mental. • Promocionemos nuestros servicios y vendamos su información. • Recaudemos fondos.	➤ ***Consulte la página 4 para obtener más información sobre estas opciones y sobre cómo ponerlas en práctica.***
Cómo usamos y divulgamos su información	**Podemos usar y compartir su información relacionada con lo siguiente:** • Su tratamiento y las operaciones de nuestra organización. • La facturación de sus servicios. • La ayuda con cuestiones de seguridad y salud pública. • Los estudios de investigación. • El cumplimiento de la ley, las demandas judiciales y las acciones legales. • Las respuestas a solicitudes de donación de órganos y tejidos. • La colaboración con médicos forenses o directores de funerarias. • La atención de las solicitudes de compensación por accidentes de trabajo *(Workers' Compensation)*, de fuerzas del orden y de otras autoridades gubernamentales.	➤ ***Consulte la página 5 para obtener más información.***

Sus derechos

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

La palabra “nosotros” en el *Aviso de prácticas de privacidad* se refiere a Advocates y a las siguientes personas:

- Todo profesional de atención de salud autorizado para ingresar información en su historia clínica.
- Todo profesional de atención de salud que sea miembro del personal de Advocates.
- Todos los integrantes de la fuerza laboral de Advocates, incluidos empleados, personal, voluntarios y demás trabajadores del centro de salud.

Obtener una copia electrónica o impresa de su historia clínica	• Puede pedir, ver u obtener una copia electrónica o impresa de su historia clínica y demás información de su salud que tengamos. Pregúntenos cómo puede hacer esto. • Le proporcionaremos una copia o un resumen de la información sobre su salud, normalmente dentro de los 30 días de presentarse la solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en el costo.
Solicitarnos que corrijamos su historia clínica	• Puede pedirnos que corrijamos la información sobre su salud que usted considere incorrecta o incompleta. Si desea preguntarnos cómo hacer esto, en la página 10 encontrará información para comunicarse con nosotros. • Podemos denegar su solicitud, pero le explicaremos por escrito por qué razón dentro de un plazo de 60 días.
Solicitar comunicaciones confidenciales	• Puede pedirnos que nos comuniquemos telefónicamente con usted de una manera específica (por ejemplo, llamando a su teléfono personal o laboral) o que le enviemos la correspondencia a una dirección diferente. • Accederemos a todas las solicitudes razonables.
Solicitar que limitemos la información que usemos o compartamos	• Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información de la salud referida al tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a acceder a su solicitud y podemos negarnos si eso afecta su atención. • Si usted paga por un servicio o artículo de atención médica

	de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información para el propósito de pago o de nuestras operaciones con su compañía de seguros. Accederemos a su solicitud a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.
Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido información	• Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido la información sobre su salud durante los seis años anteriores a la fecha en que la pide, de las personas con quienes la hemos compartido y de los motivos por los que lo hemos hecho. • Incluiremos todas las instancias de divulgación, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de 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 recibirla por vía electrónica. Le proporcionaremos la copia impresa rápidamente.
Elegir a alguien para que actúe en su nombre	• Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. • Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.
Presentar una queja si considera que se han infringido sus derechos	• Si usted considera que hemos infringido sus derechos, puede presentar una queja dirigida a: **Advocates Chief Compliance Officer** **251 Locke Drive** **Marlborough, MA 01752** Puede presentar una queja ante la Oficina para los Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos por carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, por teléfono al 1-877-696-6775 o en línea en **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**. • No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

En el caso de determinada información de salud, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos.

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

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de pedirnos que:	• Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado. • Compartamos información en caso de catástrofe. *Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos proceder y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*
En estos casos, *nunca* compartiremos su información a menos que usted nos autorice por escrito:	• Propósitos de publicidad. • Venta de su información. • La mayoría de los intercambios de notas de psicoterapia.
En el caso de la recaudación de fondos:	• Podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos, pero puede decirnos que no volvamos a hacerlo.

Cómo usamos y divulgamos su información

¿Cómo solemos usar o compartir la información sobre su salud?
Normalmente, utilizamos o compartimos la información sobre su salud de las siguientes maneras.

Para su tratamiento	Podemos utilizar y compartir la información sobre su salud con otros profesionales que le estén brindando tratamiento.	***Ejemplo:*** *Un médico que lo/a está tratando por una lesión consulta a otro médico acerca de su estado general de salud.*
Para las operaciones de nuestra organización	Podemos utilizar y compartir la información sobre su salud para el ejercicio de nuestras actividades, para mejorar su atención y para comunicarnos con usted cuando sea necesario.	***Ejemplo:*** *Utilizamos su información médica para gestionar su tratamiento y sus servicios.*
Para la facturación de servicios	Podemos utilizar y compartir la información sobre su salud para facturar y obtener pagos de los planes de salud u otras entidades.	***Ejemplo:*** *Proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague sus servicios.* *Podemos entregar copias de su expediente completo, incluidas notas de la evolución, en respuesta a solicitudes de auditoría de su compañía de seguros.*
Para comunicarnos con usted	Podemos usar la información sobre su salud para comunicarnos con usted respecto a información sobre su tratamiento, darle instrucciones de seguimiento médico o indicarle cuáles son los servicios que ofrecemos.	***Ejemplo:*** *Podemos comunicarnos con usted con respecto a programación o cancelación de citas; noticias de inscripción o de cobertura médica; cuestiones de facturación o de pago; evaluaciones previas a procedimientos; encuestas de satisfacción, o resultados de pruebas.*

¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir la información sobre su salud?

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, normalmente, en formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y los estudios de investigación. Antes de compartir su información para estos fines, por ley debemos cumplir muchas condiciones. Para obtener más información, visite **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html**.

Ayuda con cuestiones de seguridad y salud pública	Podemos compartir información sobre su salud en determinadas situaciones, como, por ejemplo: • Prevención de enfermedades. • Ayuda con la retirada de productos. • Notificación de reacciones adversas a medicamentos. • Denuncias sobre sospechas de abuso, abandono o violencia doméstica. • Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.
Estudios de investigación	Podemos utilizar o compartir su información para estudios de investigación sobre la salud. En la mayoría de los casos, se elimina su identidad de su información antes de compartirla; si eso no es posible, la información solo se compartirá con su consentimiento informado.
Cumplimiento de la ley	Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) si este quiere comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.
Respuesta a solicitudes de donación de órganos y tejidos	Podemos compartir información de su salud con organizaciones de obtención de órganos.
Colaboración con médicos forenses o directores de funerarias	Podemos compartir información de la salud con un médico forense, un examinador médico o un director de una funeraria cuando fallece una persona.

Atención de las solicitudes de compensación por accidentes de trabajo, de fuerzas del orden y de otras autoridades gubernamentales	Podemos utilizar o compartir información sobre su salud • Para reclamaciones de compensación por accidentes de trabajo *(Workers' Compensation)*. • Para el cumplimiento de la ley o con un funcionario del orden público. • Con los organismos de control de la salud para las actividades autorizadas por la ley. • Para funciones gubernamentales especiales, como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.
Respuesta a demandas y acciones legales	Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación (a menos que se apliquen normas estatales más estrictas que impidan dicha divulgación).

Por lo general, le pediremos su <u>autorización escrita</u> o una <u>orden judicial</u> antes de compartir determinada información confidencial sobre usted, como, por ejemplo:

- Expedientes sobre consumo de alcohol y de sustancias. Tenga en cuenta que leyes y reglamentos federales protegen la confidencialidad de los expedientes de pacientes con trastorno por consumo de sustancias. Consulte el AVISO DE PROTECCIONES ADICIONALES PARA LOS EXPEDIENTES SOBRE TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS, que se adjunta a este Aviso.
- Información relacionada con el SIDA, CRS o VIH, que incluye, por ejemplo, el estado serológico o los resultados de pruebas, independientemente de que estos últimos sean positivos o negativos.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Resultados de pruebas genéticas.
- Consentimiento para aborto.
- Asesoramiento psicológico para víctimas de violencia doméstica o ataque sexual.
- Determinada documentación de psicoterapia.
- Comunicaciones con proveedores de atención de salud mental y trabajadores sociales.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida.
- Le comunicaremos rápidamente si se produce una infracción que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia de este.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita aquí, a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos autoriza a hacerlo, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Notifíquenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información consulte **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html**.

¿Por cuánto tiempo conservamos su información?
Registramos la información de salud en forma impresa, electrónica o fotográfica, y la conservamos durante 20 años tras el alta o el último tratamiento. Otros expedientes se mantienen en conformidad con las leyes o reglamentos estatales y federales. Si lo desea, puede solicitar una copia de nuestras pautas de conservación de expedientes médicos.

Cambios a 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 a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Quejas
Si usted piensa que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentarnos una queja a nosotros o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentarnos una queja a nosotros, diríjase a nuestro Director de Cumplimiento en 251 Locke Drive, Marlborough, MA 01752 o escríbale a **CCO@Advocates.org**. Todas las quejas deben presentarse por escrito. Nuestro Oficial de Confidencialidad, con quien puede comunicarse llamando al 877 296-5432, le ayudará a escribir su queja, si usted lo solicita. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Contáctenos

Si tiene preguntas sobre este *Aviso de prácticas de privacidad*, por favor, comuníquese con:

Oficial de Cumplimiento de Advocates
Teléfono: 877-296-5432
Correo electrónico: **CCO@Advocates.org**

Para solicitar expedientes médicos, comuníquese con:

Records Center
251 Locke Drive
Marlborough, MA 01752
Teléfono: 508-628-6300
Correo electrónico: **RecordsCenter@Advocates.org**

El aviso entró en vigor el 21 de febrero de 2024
y fue revisado el 16 de febrero de 2026.

AVISO DE PROTECCIONES ADICIONALES PARA LOS EXPEDIENTES SOBRE TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Nuestro Aviso de las prácticas de privacidad de la HIPAA (HIPPA NPP) se aplica a todos nuestros clientes. Si usted recibe tratamiento, diagnóstico o referidos para tratamiento en uno de nuestros Programas para Trastornos por Consumo de Sustancias (programas de la Parte 2), la confidencialidad de sus expedientes de tales programas (expedientes de la Parte 2) está sujeta a mayores protecciones según las leyes y reglamentos federales 42 U.S.C. § 290dd-2, 42 U.S.C. 290ee-3 y 42 C.F.R. Parte 2 (Parte 2).

ESTE AVISO COMPLEMENTA EL HIPAA NPP Y DESCRIBE LO SIGUIENTE:

I. CÓMO PUEDEN USARSE Y DIVULGARSE SUS EXPEDIENTES DE LA PART 2.
II. SUS DERECHOS RESPECTO DE LOS EXPEDIENTES DE LA PARTE 2.
III. CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE UNA INFRACCIÓN A LA PRIVACIDAD O LA SEGURIDAD DE SUS EXPEDIENTES DE LA PARTE 2, O A SUS DERECHOS A SUS EXPEDIENTES DE LA PARTE 2.

TIENE EL DERECHO A OBTENER UNA COPIA DE ESTE AVISO (IMPRESA O ELECTRÓNICA) Y DE COMENTARLO CON EL DIRECTOR DE CUMPLIMIENTO DE ADVOCATES LLAMANDO AL 877-296-5432 O ESCRIBIENDO A **CCO@Advocates.org** SI TIENE ALGUNA PREGUNTA.

I. USOS Y DIVULGACIÓN

Nuestros programas de la Parte 2 pueden usar y divulgar sus expedientes de la Parte 2 solamente de la manera que se describe en esta sección o con su consentimiento escrito.

(A) Usos y divulgación de los expedientes de la Parte 2 permitidos sin consentimiento

- Para comunicarlos a otros empleados del programa de la Parte 2 que necesiten la información para cumplir con su tarea de proporcionar diagnóstico, tratamiento o referido para tratamiento, o a personas u oficinas que tienen control administrativo directo sobre el programa de la Parte 2.
- Para organizaciones de servicios calificadas que nos brindan servicios a nosotros o los brindan en nombre nuestro.
- Para organismos o funcionarios que velan por el cumplimiento de la ley si se comete o existe riesgo de que se cometa un delito en nuestras instalaciones o contra nuestro personal.
- Para notificar que se sospecha de abuso y maltrato infantil según las leyes estatales.
- Para el personal médico en una emergencia médica en ciertas condiciones.
- Para fines de investigación si se cumplen ciertas condiciones.
- Para personal calificado con fines de gestión o auditoría financiera, o de evaluación de los programas que acepte por escrito cumplir con las limitaciones de uso y nueva divulgación.
- Para una autoridad de salud pública si la información ha sido adecuadamente desprovista de datos identificativos.

(B) Usos y divulgación permitidos que requieren consentimiento

- Para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención de salud.
- Nuestro programa de la Parte 2 le solicitará que usted entregue un único consentimiento escrito para todos los usos o divulgaciones futuros de su información para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención de salud con el objetivo de asegurarse de que usted reciba el nivel más alto de atención coordinada. Si usted no firma este consentimiento, es posible que no podamos brindarle tratamiento. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta el momento en que usted lo revoque por escrito. (También puede presentar un consentimiento para propósitos más limitados —por ejemplo, para revelar información solamente a otro proveedor de atención de salud para su tratamiento—; sin embargo, hacerlo puede afectar los servicios que podamos brindarle o la manera en que usted paga los servicios.)
- Los expedientes que se nos divulguen a nosotros o a otro programa de la Parte 2, entidad cubierta o asociado comercial en virtud de su consentimiento escrito para tratamiento, pago y operaciones de atención de salud pueden ser divulgados posteriormente por nosotros o por ese programa de la Parte 2, entidad cubierta o asociado comercial sin su consentimiento escrito en la medida en que el reglamento de la HIPAA permita dicha divulgación.
- Nuestro programa de la Parte 2 puede usar o divulgar expedientes para recaudar fondos en beneficio del programa de la Parte 2 solamente si, primero, a usted le dan la oportunidad clara y manifiesta de rehusarse a recibir comunicaciones sobre recaudación de fondos.
- Nuestro programa de la Parte 2 puede hacer usos y divulgaciones que no están descritos en este aviso solamente con su consentimiento escrito.

(C) Derecho a revocar o retirar un consentimiento

Usted puede revocar o retirar su consentimiento escrito en cualquier momento enviando una solicitud de revocación por escrito a la dirección que está al final del HIPAA NPP o presentando una solicitud por escrito al programa de la Parte 2. A partir de ese momento, nosotros dejaremos de usar y divulgar sus expedientes de la Parte 2, salvo en la medida en que ya hayamos actuado basándonos en ellos.

Si se le impuso un tratamiento por intermedio del sistema legal penal (incluido el tribunal de casos de drogas, la condena condicional o la libertad bajo palabra) y usted firma un consentimiento para autorizar la divulgación a elementos del sistema legal penal como el tribunal, los agentes de custodia probatoria, los funcionarios de libertad bajo palabra, los fiscales u otros organismos que velan por el cumplimiento de la ley, su derecho a revocar el consentimiento puede ser más limitado y debe quedar explicado con claridad en el consentimiento que usted firme.

(D) Usos o divulgación en los procesos legales y las órdenes judiciales

Antes de usar o de compartir su información para investigaciones o procesos legales, nosotros debemos seguir ciertos procedimientos.

- No usaremos ni compartiremos su información, ni daremos testimonio de ella en ningún proceso civil, administrativo, penal o legislativo contra usted sin su consentimiento escrito o una orden judicial.

- Solo responderemos a una orden judicial para usar o compartir la información sobre su salud si va acompañada por una citación legal u otra orden legal similar que nos obligue a cumplirla.
- Usaremos o compartiremos su información en procedimientos contra usted basados en una orden judicial solo después de haber recibido un aviso y haberle dado una oportunidad de ser escuchado, o después de que usted nos informe que ha recibido un aviso.
- Podemos usar o compartir su información para responder en procesos legales contra nuestro programa basados en una orden judicial y es posible que a usted no se le notifique anticipadamente. Usted tiene el derecho de solicitar la anulación o la modificación de la orden judicial después de conocerla.

II. Sus derechos sobre sus expedientes de la Parte 2

Como cliente de nuestro programa de la Parte 2, usted tiene todos los derechos enumerados en el HIPAA NPP, incluido el derecho a solicitar restricciones a las divulgaciones hechas con consentimiento previo para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención de salud. También tiene el derecho a solicitar un informe de las divulgaciones de los expedientes de la Parte 2 electrónicos hechas con su consentimiento durante los 3 años pasados, incluso las divulgaciones por tratamiento, pago y operaciones de atención de salud cuando tales divulgaciones se hayan hecho mediante un expediente médico electrónico.

III. Cómo presentar una queja

Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, consulte el HIPAA NPP.

La fecha de entrada en vigor de este Aviso es el 16 de febrero de 2026.

Acuse de recibo de *Aviso de prácticas de privacidad*

Al firmar a continuación, Yo, (*nombre de la persona atendida*) _____, acuso recibo de una copia del *Aviso de las prácticas de privacidad* vigente de (nombre de la organización) _____. He leído y entiendo los términos de este Aviso y he tenido oportunidad de hacer preguntas acerca del uso o divulgación de la información sobre mi salud.

Click or tap here to enter text.

Firma de la persona atendida o representante personal (si corresponde)

Click or tap here to enter text.

Fecha

Nombre en letra de imprenta del representante personal

Click or tap here to enter text.

Relación con la persona atendida

EXCLUSIVAMENTE PARA USO OFICIAL

Aviso de prácticas de privacidad entregado a la persona atendida el (fecha) _____

- ☐ En persona
- ☐ Por correo postal
- ☐ Por correo electrónico
- ☐ Otro medio: _____

No se pudo obtener consentimiento ni acuse de recibo por la siguiente razón:

- ☐ La persona atendida o el representante legal se negó a firmar.
- ☐ Verificación de recibo de correo electrónico.
- ☐ Otra: _____

Nombre y cargo del empleado: _____

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

****

Archivar el documento en el expediente.