

Aviso de prácticas de confidencialidad

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO ES POSIBLE QUE SE USE Y DIVULGUE LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE TENEMOS SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA ESTE DOCUMENTO DETENIDAMENTE.

Fecha efectiva: 11 de enero de 2016

Declaración de confidencialidad

Meeting Street/The Schwartz Center respeta la confidencialidad de la información personal de nuestros clientes. Este aviso explica cómo usamos y divulgamos la información que reunimos acerca de usted para brindarle servicios y tratamiento. Esta información recibe el nombre de información de salud protegida (PHI). La PHI es información médica y de otra índole acerca de usted, que incluye información demográfica que podría identificarlo/a y que se relaciona con su salud o estado físico o mental pasado, presente o futuro, y el servicio sanitario relacionado. **Usted tiene derecho a la confidencialidad de su PHI de conformidad con la ley y nuestras políticas.**

Comprendemos que la información que tenemos acerca de usted y su salud mental y física es personal y confidencial. Por este motivo, proteger la información que tenemos sobre usted es importante para nosotros. Creamos un registro relacionado con la atención y los servicios que recibe de nosotros. Necesitamos este registro para brindarle una atención de calidad y para cumplir con determinados requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención mantenidos por Meeting Street/The Schwartz Center, ya sea de profesionales de servicios/tratamiento u otro personal.

Este aviso le informará acerca de las formas en que podríamos usar y divulgar PHI acerca de usted. Detalla también sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos en relación con el uso y divulgación de PHI. Por ley, estamos obligados a:

- Mantener la confidencialidad de la PHI;
- Informarle, de conformidad con la ley estatal y federal, de cualquier violación de su PHI que haya sido cometida por Meeting Street/The Schwartz Center o por cualquiera de sus Socios Comerciales (BA);
- Entregarle este aviso de sus obligaciones legales y prácticas de confidencialidad con respecto a la PHI; y
- Cumplir con los términos del aviso que se encuentren actualmente en vigor.

Cómo podríamos usar y divulgar la información que tenemos acerca de usted

Las siguientes secciones describen diferentes formas en las que podríamos usar y divulgar su PHI. Describirán también cada una de las categorías de usos o divulgaciones e incluirán algunos ejemplos. Cierta información, como la información sobre el consumo de drogas y alcohol, la información sobre el VIH y la información sobre la salud mental, está sujeta a restricciones especiales. Nos ceñimos a todas las leyes estatales y federales aplicables que tengan relación con la protección de esta información. No se consignará todos los usos o divulgaciones. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar su información se encontrarán comprendidas en una de las siguientes categorías:

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su PHI a aquellos prestados de tratamiento que participen en su atención. Es posible que los distintos programas de nuestra agencia compartan también su PHI para poder coordinar los distintos aspectos de su atención. También es posible que divulguemos esta información a otros prestadores de asistencia sanitaria que usted vea fuera de Meeting Street/The Schwartz Center para garantizar la continuidad de la atención.

Pago: Es posible que usemos y divulguemos su PHI para facturar y cobrar por el tratamiento o los servicios que le brindamos. Por ejemplo, antes de brindarle servicios de terapia, es posible que necesitemos compartir información con su seguro médico para obtener la autorización de pago antes de iniciar el tratamiento. También es posible que usemos y divulguemos su PHI para confirmar el volumen de servicios adecuado para obtener el pago por dichos servicios; para fines de facturación, gestión de reclamos y actividades relacionadas con el cobro; o a aseguradoras que le brindan cobertura adicional. También es posible que divulguemos su PHI a empresas de información crediticia en relación con el cobro de pagos adeudados a nosotros, o a otro prestador de asistencia sanitaria por las actividades relacionadas con el pago de dicho prestador de asistencia sanitaria. Sin embargo, usted podrá pedir que se apliquen restricciones a la divulgación de su PHI a un plan de salud (o su representante) si esta se relaciona únicamente con un artículo o servicio de atención médica que usted ha pagado en su totalidad de su bolsillo y este pago no está prohibido por la ley.

Operaciones relacionadas con la atención médica: Es posible que usemos y divulguemos PHI acerca de usted en el desarrollo de las operaciones de Meeting Street/The Schwartz Center. Por ejemplo, es posible que usemos PHI acerca de usted para mejorar la calidad, revisar nuestros servicios de tratamiento y para evaluar el desempeño de nuestro personal. También es posible que divulguemos información acerca de usted al personal para fines de revisión y capacitación. Sin embargo, usted podrá pedir que se apliquen restricciones a la divulgación de su PHI a un plan de salud (o su representante) si esta se relaciona únicamente con un artículo o servicio sanitario que usted ha pagado en su totalidad de su bolsillo y este pago no está prohibido por la ley.

Intercambios de información de salud: Es posible que compartamos información que obtengamos o creemos acerca de usted con otros profesionales sanitarios o con otros prestadores de asistencia sanitaria, como su plan de salud o aseguradora médica, según permita la ley, a través de un intercambio de información de salud (HIE) patrocinado por el estado. Por ejemplo, la información acerca de sus prestaciones médicas pasadas y su estado clínico o medicamentos actuales puede estar disponible para nosotros o para su médico de cabecera o para un hospital, si ellos participan también en un HIE. El intercambio de información de salud puede brindar un acceso más rápido, mejorar la coordinación de la atención y ayudar a los prestadores de asistencia sanitaria y funcionarios de salud pública a tomar las mejores decisiones informadas. Si más adelante opta por la exclusión voluntaria, puede hacerlo a través de su HIE patrocinado por el estado. Incluso si opta por la exclusión voluntaria, los informes de salud pública seguirán estando disponibles para los prestadores según permita la ley.

Recordatorios de citas: Es posible que nos comuniquemos con usted para recordarle que tiene una cita con un prestador.

Socios comerciales (BA) y organizaciones de servicio calificadas (QSO): Es posible que Meeting Street/The Schwartz Center divulgue PHI acerca de usted a terceros a los que se denomina Socios Comerciales u Organizaciones de Servicio Calificadas que se encargan, en nuestro nombre, de diversos servicios (p. ej., administrativos, legales, contables, de consultoría, Intercambios de Información de Salud, entre otros). Cada vez que un acuerdo entre un BA/QSO y Meeting Street/The Schwartz Center involucre el uso o divulgación de su PHI, suscribiremos un contrato escrito para proteger la confidencialidad de su PHI.

Opciones de tratamiento: Es posible que nos comuniquemos con usted para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que podrían ser de su interés.

Beneficios y servicios relacionados con la salud: Es posible que nos comuniquemos con usted acerca de los beneficios o servicios que ofrecemos.

Actividades relacionadas con la captación de fondos: Es posible que nos comuniquemos con usted para brindarle información sobre los programas y eventos de captación de fondos en apoyo de la prestación de servicios y atención. Además de usar su información de contacto (p. ej., nombre, dirección, teléfono y fechas en que se le prestaron los servicios), es posible que ahora usemos el departamento o programa en el que recibió tratamiento/se atendió, el nombre de su prestador, el resultado de su tratamiento y el estado de su seguro médico para dichas prácticas de captación de fondos. Si nos comunicamos con usted en relación con las actividades de captación de fondos, la comunicación que recibirá tendrá instrucciones acerca de cómo podrá solicitarnos que no nos comuniquemos con usted para estos fines, a lo que se conoce también como una "exclusión voluntaria". Si desea excluirse voluntariamente, puede hacerlo escribiéndonos a: Meeting Street/The Schwartz Center, Atención: Marketing & Development, 1000 Eddy St., Providence, RI 02905. Puede solicitar que se le vuelva a incluir en cualquier momento de la misma manera.

Actividades relacionadas con la obtención de información: Es posible que nos comuniquemos con usted o con algunos de sus familiares para considerar si desea o no participar en un reportaje para publicaciones de carácter organizacional o para medios informativos externos. Necesitamos su autorización por escrito si queremos hacer uso o divulgar su PHI para este tipo de fines.

Personas involucradas en su atención o en el pago por la atención que recibe: A menos que usted se niegue, es posible que revelemos su PHI a cualquier persona que esté involucrada en su asistencia sanitaria, como un amigo, familiares, un representante personal o cualquier persona que usted identifique. También es posible que brindemos información a alguien que ayuda a pagar por su atención.

Ayuda en caso de desastres: Es posible que divulguemos su PHI a una organización que está prestando asistencia en caso de un desastre de forma tal que su familia pueda ser informada acerca de su condición, estado y ubicación. Si no desea que divulguemos su PHI para este fin, no lo haremos a menos que debamos actuar ante una emergencia.

Investigación y actividades relacionadas: Es posible que su PHI sea importante para las iniciativas de investigación futuras y para el desarrollo de conocimientos nuevos. Es posible que usemos y divulguemos PHI acerca de nuestros clientes con fines de investigación conforme a reglas específicas que son determinadas por las disposiciones de confidencialidad de las leyes estatales y federales. Es posible que los investigadores se comuniquen con usted en relación con su interés en participar en determinados estudios de investigación después de recibir su autorización o la aprobación del contacto de una junta de revisión especial. La inscripción en esos estudios puede tener lugar solo después de haber sido informado sobre el estudio, haber tenido la oportunidad de formular preguntas y haber indicado su disposición de participar mediante la firma de un formulario de consentimiento.

En algunos casos, la ley federal nos permite hacer uso de su PHI para fines de investigación sin su autorización, siempre que obtengamos la aprobación de una junta de revisión especial. Estos estudios no afectarán su idoneidad, beneficios, tratamiento o asistencia social, y su PHI seguirá estando protegida. Por ejemplo, es posible que un estudio de investigación involucre una revisión de la historia clínica para comparar las respuestas de los pacientes que recibieron diferentes tipos de tratamiento.

Además, la ley federal nos permite crear un "conjunto de datos limitado", es decir un número limitado de datos de PHI en el cual casi toda la PHI que permite la identificación, como su nombre, dirección, número de seguro social y número de historia clínica, ha sido eliminada, y compartirlo con aquellos que han firmado un contrato en el que se comprometen a usar esta información solo para fines de investigación, supervisión de la salud y actividades relacionadas con la asistencia sanitaria y para proteger su confidencialidad.

Según exija la ley: Divulgaremos su PHI cuando así nos lo exija la ley federal o estatal.

Para evitar una amenaza seria a la salud o a la seguridad: Es posible que usemos y divulguemos su PHI cuando resulte necesario para impedir o reducir una amenaza seria e inminente para su salud y seguridad o para la salud y seguridad del público o de otra persona. Toda divulgación que se efectúe tendrá por finalidad detener o reducir la amenaza.

Donación de órganos, ojos y tejidos: Es posible que divulguemos su PHI a organizaciones que gestionan la obtención o trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, ojos o tejidos, según sea necesario para facilitar la obtención, trasplante o donación de órganos, ojos o tejidos.

Ejército: Si usted pertenece a las fuerzas armadas, es posible que divulguemos su PHI a las autoridades militares según autorice o exija la ley. También es posible que relevemos PHI acerca de personal militar extranjero a la autoridad militar correspondiente según autorice o exija la ley.

Indemnización por accidentes laborales: Es posible que divulguemos información acerca de usted en relación con reclamos de indemnización por accidentes laborales o programas similares según autorice o exija la ley. Estos programas proporcionan beneficios en caso de lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Información divulgada en relación con la salud pública: Es posible que divulguemos su PHI para fines relacionados con la salud pública. Por lo general, estos fines incluyen los siguientes:

- Prevención o control de enfermedades (como cáncer y tuberculosis), lesiones o discapacidad;
- Comunicación de datos demográficos como nacimientos y muertes;
- Comunicación de abuso o negligencia infantil;
- Comunicación de eventos adversos o vigilancia en relación con alimentos, medicamentos o defectos o problemas con productos;
- Notificación a las personas sobre el retiro del mercado, reparaciones o sustitución de productos que estas podrían estar usando;
- Notificación a una persona que ha estado expuesta a una enfermedad o que podría estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
- Comunicación al empleador de resultados en relación con los resultados del empleador en relación con una enfermedad o lesión relacionadas con el trabajo o con la vigilancia médica relacionada con el trabajo; y
- Notificación a la autoridad gubernamental correspondiente según autorice o exija la ley si consideramos que un cliente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Información genética: Meeting Street/The Schwartz Center no podrá usar o divulgar información genética acerca de usted para fines de contratación de seguros, excepto en lo que respecta a seguros médicos que sean emisores de pólizas de atención médica a largo plazo.

Actividades relacionadas con la supervisión de la salud: Es posible que divulguemos su PHI a agencias de gobierno, agencias de certificación, de auditoría y de acreditación según autorice o exija la ley.

Procedimientos judiciales, demandas y otras acciones legales: Es posible que divulguemos PHI a tribunales, abogados y empleados de tribunales si recibimos una orden judicial, citación, pedido de presentación de pruebas, orden de arresto, orden de comparecencia u otras instrucciones legales de dichos tribunales u organismos públicos y durante el desarrollo de otro tipos de procesos legales, judiciales o administrativos.

Aplicación de la ley: Si se nos pide hacerlo y según autorice o exija la ley, es posible que revelemos su PHI para fines de aplicación de la ley. Por ejemplo, es posible que divulguemos información médica acerca de la víctima presunta de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener la anuencia de la persona, o en relación con una muerte que se sospecha es resultado de una conducta delictiva.

Peritos forenses, médicos forenses y responsables de funerarias: En la mayoría de los casos, es posible que divulguemos la PHI un perito forense o a un médico forense. También es posible que divulguemos la PHI a los responsables de funerarias según sea necesario para que estos puedan cumplir con sus obligaciones.

Actividades relacionada con la seguridad nacional y la inteligencia: Según autorice o exija la ley, es posible que divulguemos su PHI a autoridades federales que cumplen labores de inteligencia, contrainteligencia y otras similares de seguridad nacional.

Prueba de vacunación: Es posible que divulguemos la prueba de vacunación a una escuela en relación con un estudiante o estudiante potencial de la escuela, según exijan las leyes estatales o de otra índole. Es posible obtener autorización (que podrá ser verbal) de un padre, tutor o de otra persona que actúe en lugar de los padres, o por el adulto o menor emancipado.

Servicios de protección para el Presidente de los EE. UU. y otras autoridades: Según autorice o exija la ley, es posible que divulguemos su PHI a funcionarios federales autorizados de forma tal que puedan llevar a cabo investigaciones especiales o brindar protección al presidente de los EE. UU., a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros.

Sus derechos con respecto a su PHI

Su PHI es propiedad de Meeting Street/The Schwartz Center. Sin embargo, le asisten los siguientes derechos en relación con la PHI que tenemos acerca de usted.

Derecho a ser informado en caso de una violación: Tiene derecho a que se le informe si su PHI ha sido "violada", lo que significa que su PHI ha sido usada o divulgada de una forma que no guarda correspondencia con la ley y, como resultado, está comprometida. Si se descubre una violación de su PHI, se le informará al respecto sin demoras injustificadas dentro de los 45 días calendario siguientes.

Derecho a revisar y revisar una copia: Con ciertas excepciones (p. ej., notas de psicoterapia, información reunida para determinados procedimientos jurídicos y PHI restringida por ley), usted tiene derecho a inspeccionar o recibir una copia de su PHI que es mantenida por nosotros o para nosotros en sistemas de registro de inscripciones, pagos, liquidación de reclamaciones o de gestión de casos o gestión médica, o que forme parte de un conjunto de registros que se empleen de otra manera para tomar una decisión en relación con usted. Si su PHI se mantiene en medios electrónicos, tiene derecho a acceder a dicha información en una forma y formato legibles que hayan sido acordados mutuamente. Si no es posible llegar a un acuerdo, le entregaremos una copia impresa de su registro.

Necesitamos que presente su solicitud por escrito. Si esta es aprobada, procesaremos su solicitud en un plazo de 30 días. Si no podemos procesar su solicitud en un plazo de 30 días, le informaremos de la demora por escrito y procesaremos su solicitud en un plazo de 30 días contados desde la fecha de notificación, pero de no más de 60 días contados desde la fecha en que recibimos su solicitud original. Es posible que cobremos una tarifa razonable por la preparación de sus registros, ya sea en forma de copia impresa o electrónica.

Tiene derecho a solicitar que su PHI sea entregada a otra persona que no sea usted. La solicitud debe presentarse por escrito, incluir su firma, o la de un representante autorizado, e identificar con claridad a la persona designada y a dónde se enviará la copia de su PHI.

Es posible que, en determinadas circunstancias, neguemos el acceso si consideramos que esto podría ponerlo/a en peligro o poner en peligro a alguien más. Usted podrá designar a un profesional sanitario autorizado para que revise la negativa y la decisión de negar el acceso podrá revertirse.

Derecho de modificar: Si considera que la PHI que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, podrá solicitar que modifiquemos la información. Tiene derecho a solicitar una modificación mientras que la información sea mantenida por o para Meeting Street/The Schwartz Center, en relación con sistemas de registro de inscripciones, pagos, liquidación de reclamaciones o de gestión de casos o gestión médica, o que forme parte de un conjunto de registros que empleemos de otra manera para tomar una decisión en relación con usted.

Necesitamos que presente su solicitud por escrito y que nos explique por qué es necesaria la modificación. Si aceptamos su solicitud, le informaremos que estamos de acuerdo y modificaremos sus registros. No podemos modificar la información que ya está en el registro. Añadimos la información complementaria mediante una adenda (una adición al registro). Con su ayuda, informaremos a otros que la PHI que tenemos acerca de usted es incorrecta o está incompleta. Si no aceptamos su solicitud, le brindaremos una explicación por escrito de por qué no realizamos la modificación y le explicaremos sus derechos. Podremos rechazar su solicitud si la PHI:

- No fue creada por Meeting Street/The Schwartz Center (a menos que la persona o entidad que creó la PHI ya no esté disponible para responder a su solicitud);
- No forma parte de sistemas de registro de inscripciones, pagos, liquidación de reclamaciones o de gestión de casos o gestión médica, o que forme parte de un conjunto de registros que empleemos de otra manera para tomar una decisión en relación con usted;
- No forma parte de la información que usted permitiría inspeccionar y copiar; o
- Usted haya determinado que es exacta y completa.

Si rechazamos su solicitud, le informaremos por escrito del motivo o motivos de la negativa y le explicaremos sus derechos con respecto a cómo apelar nuestra decisión.

Derecho a un listado de las divulgaciones: Tiene derecho a recibir una lista de las divulgaciones que hemos realizado de su PHI. Esta lista no incluirá divulgaciones realizadas:

- Para llevar a cabo operaciones relacionadas con su tratamiento, pago y asistencia sanitaria;
- A usted o a su representante personal;
- Que sean inherentes a un uso o divulgación permitidos;
- A partes que hayan sido autorizadas por usted para recibir su PHI;
- A sus familiares, otros parientes o amigos que estén involucrados en su atención, o que deban ser notificados de otra manera acerca de su ubicación, estado general o muerte;
- Para fines de seguridad nacional o inteligencia;
- A instituciones penitenciarias o a agentes del orden; o
- Como parte de un "conjunto de datos limitado"

Necesitamos que presente su solicitud por escrito. Debe indicar el período para el cual desea recibir el listado, que no podrá ser mayor que seis (6) años desde la fecha de su solicitud. El primer listado que solicite en un período de 12 meses no tendrá costo. Es posible que le cobremos por dar respuesta a cualquier otra solicitud adicional en el mismo período.

Derecho a solicitar restricciones: Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en relación con la PHI que usamos o divulgamos acerca de usted para actividades relacionadas con su tratamiento, pagos o asistencia sanitaria. También tiene derecho a solicitar un límite en relación con la PHI que divulgamos acerca de usted a alguien que esté involucrado en su atención o el pago por dicha atención, como es el caso de un familiar o amigo. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, necesitamos que presente su solicitud por escrito. En su solicitud, debe indicarnos (1) qué información desea limitar; (2) si quiere limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién quiere que se aplique la limitación. No estamos obligado a aceptar su solicitud. Si aceptamos su solicitud, nuestra aceptación debe expresarse por escrito y atenderemos su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia o que estemos obligados por ley a divulgarla. Se nos permite poner fin a la restricción si se lo informamos. Si ponemos fin a la restricción, esto afectará la PHI que se creó o recibió solo después que le informamos al respecto.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted con respecto a su PHI de una determinada manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, puede solicitar que la única forma en que nos comuniquemos con usted sea en su trabajo o por correo. Si desea que nos comuniquemos con usted de una forma especial, tendrá que brindarnos detalles acerca de cómo comunicarnos con usted, y estos incluirán una dirección alternativa válida. También tendrá que brindarnos información en relación a cómo se manejará el pago. Es posible que le solicitemos que nos explique cómo podría ponerlo en riesgo la divulgación de toda o parte de su PHI. Atenderemos su solicitud siempre que podamos brindarle fácilmente la información en la forma en que usted solicita. Respetaremos las solicitudes razonables. Sin embargo, si no logramos comunicarnos con usted a través de las formas o lugares solicitados, es posible que nos comuniquemos con usted valiéndonos de la información que tenemos.

Derecho a solicitar una divulgación: Tiene derecho a solicitar que divulguemos su PHI por motivos que no se encuentran incluidos en este Aviso. Por ejemplo, es posible que desee que su abogado tenga una copia de su historia clínica. Debe hacernos llegar estas solicitudes por escrito.

Derecho a recibir una copia impresa de este aviso: Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso por medios electrónicos, sigue teniendo derecho a recibir una copia impresa de este aviso. También podrá obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web: www.meetingstreet.org

Cambios en este aviso

Nos reservamos el derecho a modificar este aviso en cualquier momento. Si modificamos este aviso, le entregaremos una copia revisada del mismo en un plazo de 60 días contados a partir de la revisión. Todo cambio que efectuemos se aplicará a la PHI que ya tenemos así como a cualquier otra información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en las áreas de recepción de Meeting Street/The Schwartz Center. Este aviso sustituye a todas y cada una de las versiones anteriores de este aviso. Usted podrá solicitar una copia del Aviso actualmente en vigor en cualquier momento.

Nuestro derecho a comprobar su identidad

Para su protección, es posible que comprobemos su identidad cada vez que usted tenga preguntas acerca de su tratamiento o actividades relacionadas con pagos. Comprobaremos su identidad cada vez que recibamos solicitudes para examinar, copiar o modificar sus registros o para obtener una lista de divulgaciones de su PHI.

Otros usos de la PHI

Es posible que no usemos o divulguemos su PHI para fines que no se encuentren contemplados por el Aviso de Prácticas de confidencialidad sin obtener primero su autorización (permiso) por escrito. La mayoría de los usos y divulgaciones de su PHI para fines de marketing corresponderán a esta categoría y requerirán su autorización (permiso) antes de que podamos hacer uso de su PHI para estos fines. Además, con ciertas excepciones limitadas, no se nos está permitido vender o recibir algo de valor a cambio de su PHI sin su autorización por escrito.

Ejercicio de derechos, preguntas o quejas

Si le gustaría obtener un formulario de solicitud adecuado para (i) inspeccionar o recibir una copia de su PHI, (ii) solicitar una restricción en relación con el uso o divulgación de su PHI, (iii) solicitar comunicaciones confidenciales, (iv) solicitar una divulgación de su PHI o (v) para otras preguntas, comuníquese con:

Meeting Street/The Schwartz Center

Atención: Client Records

1000 Eddy Street

Providence, RI 02905

(401) 533-9100

Si le gustaría (i) solicitar una modificación de su PHI, (ii) solicitar un listado de divulgaciones de su PHI o (iii) si considera que no se ha respetado sus derechos de confidencialidad tal como señalan las normas federales y la ley estatal o tal como se explica en el presente Aviso, presente su solicitud/inquietud por escrito a:

Meeting Street/The Schwartz Center

Atención: Privacy Officer

1000 Eddy Street

Providence, RI 02905

(401) 533-9100

También podrá presentar una queja al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. **No se le sancionará por presentar una queja.**

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Oficina de Derechos Civiles

200 Independence Ave., S.W.

Washington, D.C.

877-696-6775 (número gratuito)

El presente Aviso entra en vigencia el 1° de noviembre de 2016 y sustituye a todas las versiones anteriores.

Acuse de recibo del aviso de prácticas de confidencialidad
(Desglosar y devolver)

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de Prácticas de confidencialidad de Meeting Street/The Schwartz Center con fecha efectiva **1° de noviembre de 2016**

# _____	Identificación
Nombre del cliente (en letra de imprenta)	Fecha de nacimiento _____
Firma del cliente o del representante del cliente	Fecha

Se niega a firmar el acuse de recibo del aviso de prácticas de confidencialidad

# _____	# de identificación
Nombre del cliente/representante del cliente (en letra de imprenta)	Fecha de nacimiento: _____

El cliente o el representante del cliente mencionado anteriormente ha recibido una copia del Aviso de confidencialidad de Meeting Street/The Schwartz Center, pero se niega a firmar el acuse de recibo.

Motivo:

Nombre del miembro del personal (en letra de imprenta)

Firma del miembro del personal

Fecha