

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

**REVISELO CUIDADOSAMENTE.**

**Fecha de vigencia: 16 de junio de 2025**

Mid-State Health Network (MSHN) es parte de un Acuerdo Organizado de Atención Médica (Organized Health Care Arrangement, OHCA) que incluye las siguientes organizaciones:

- Bay Arenac Behavioral Health
- Community Mental Health for Clinton-Eaton-Ingham Counties
- Community Mental Health for Central Michigan
- Gratiot Integrated Health Network
- Huron County Behavioral Health
- The Right Door for Hope, Recovery and Wellness (Ionia County CMH)
- Lifeways Community Mental Health Authority
- Montcalm Care Network
- Newaygo County Mental Health Center
- Saginaw County Community Mental Health Authority
- Shiawassee Health and Wellness
- Tuscola Behavioral Health Systems

MSHN y sus proveedores están obligados, según la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996, a proteger su privacidad, seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso y entregarle una copia de este Aviso.

La HIPAA permite compartir información entre organizaciones que forman parte de un acuerdo OHCA con el fin de coordinar la atención médica. Este acuerdo permite específicamente lo siguiente (Sección 160.103 de HIPAA):

"Un entorno de atención clínicamente integrado en el que las personas suelen recibir atención médica de más de un proveedor de atención médica o un sistema organizado de atención médica en el que participa más de una entidad cubierta, y en el que las entidades cubiertas participantes:

- Se presentan ante el público como participantes de un acuerdo conjunto; y
- Participan en actividades conjuntas que incluyen al menos una de las siguientes:
- Revisión de la utilización, en la que las decisiones de atención médica tomadas por las entidades cubiertas participantes son revisadas por otras entidades cubiertas participantes o por un tercero en su nombre;
- Actividades de evaluación y mejora de la calidad, en las que el tratamiento prestado por las entidades cubiertas participantes es evaluado por otras entidades cubiertas participantes o por un tercero en su nombre; o

- Actividades de pago, si el riesgo financiero de brindar atención médica es compartido, en parte o en su totalidad, por las entidades cubiertas participantes a través del acuerdo conjunto y si la información de salud protegida creada o recibida por una entidad cubierta es revisada por otras entidades cubiertas participantes o por un tercero en su nombre con el fin de administrar la distribución del riesgo financiero”.

Mid-State Health Network entiende que la información sobre usted y su salud es personal. Nos comprometemos a proteger la información de salud sobre usted. Cuando usted se comunica o recibe servicios de una agencia dentro de nuestra red de proveedores, generalmente se crea un registro. Este registro contiene “información demográfica” como: nombre, número de teléfono, número de seguro social, fecha de nacimiento e información del seguro de salud. Este registro también contiene otra información relacionada con sus servicios, como cualquier problema de salud que pueda tener, su plan de atención e información sobre su tratamiento, incluido el diagnóstico, los objetivos del tratamiento, el progreso, etc. Toda esta información se conoce como información de salud protegida, comúnmente denominada PHI (por sus siglas en inglés), y se usa para muchos fines.

Este aviso le informará sobre las formas en que su información de salud física y conductual puede usarse y divulgarse. Le informa cuáles son nuestras responsabilidades y cuáles son sus derechos con respecto al uso y la divulgación de su información de salud.

#### **INFORMACIÓN GENERAL DE PRIVACIDAD:**

Mid-State Health Network y sus proveedores, que son parte del Acuerdo Organizado de Atención Médica, pueden compartir información de salud sobre usted con el fin de coordinar la atención médica sin una autorización. Según las normas de la HIPAA y el Código de Salud Mental de Michigan, MSHN también puede usar y divulgar información de salud protegida, con ciertos límites y protecciones, para tratamiento, pago y operaciones de atención médica sin una autorización. Si nos da permiso para divulgar su historial médico, o partes del mismo, puede cambiar de opinión al respecto en cualquier momento y cancelar (revocar) su permiso, pero debe informarnos esto por escrito, ya sea firmando un formulario de revocación o entregándonos una declaración escrita firmada que cancele su permiso. Si revoca su autorización, esto solo se aplicará a las divulgaciones futuras y no a las que ya se han divulgado.

Mid-State Health Network no divulga ninguna información sobre registros de tratamiento de trastornos por uso de sustancias o estado de VIH/SIDA sin su permiso firmado, a menos que la ley lo requiera. Las divulgaciones relativas a estas áreas están sujetas a leyes federales y estatales adicionales.

Los registros de tratamiento por uso de sustancias están específicamente protegidos por la Ley Federal 42 CFR Parte 2.

Existen leyes adicionales que pueden proteger aún más su información privada, como el Código de Salud Mental de Michigan.

En caso de que se descubra una violación de su PHI, se le notificará según lo exige la ley. Se produce una violación cuando su PHI se ha usado o divulgado de formas no permitidas por la ley.

### **CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED:**

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que podemos usar y divulgar información de salud mental y/o médica.

- **Para el tratamiento.** Podemos usar información sobre usted para coordinar, brindar y gestionar su atención médica y cualquier otro servicio relacionado. Esto puede incluir la coordinación de la gestión con otra persona, como un médico o un terapeuta. También podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas e informarle sobre posibles opciones de tratamiento.
- **Para el pago.** Podemos usar y divulgar información sobre usted para que el tratamiento y los servicios que reciba puedan facturarse y se pueda cobrar el pago a usted, a una compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, es posible que necesitemos brindarle a su plan de salud información sobre el tratamiento que reciba para que su plan de salud nos pague o le reembolse el tratamiento. También podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.
- **Para operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar información sobre usted para mantener o mejorar los servicios. Estos usos y divulgaciones son necesarios para garantizar que todos nuestros consumidores reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar la información para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal. También podemos combinar información sobre muchos consumidores para decidir qué servicios adicionales deberían ofrecerse, qué servicios no son necesarios y si determinados tratamientos nuevos son efectivos. También podemos divulgar información a médicos clínicos, médicos, enfermeros, estudiantes y otro personal que trabaje para la agencia con fines de revisión y aprendizaje.
- **Socios comerciales.** Algunos servicios se prestan en nuestra organización a través de contratos con socios comerciales. Por ejemplo, es posible que el(la) enfermero(a) tenga que enviar su sangre a un laboratorio para analizarla antes de administrarle un medicamento. El laboratorio no es parte de la agencia, pero tendremos una relación comercial con el laboratorio. Cuando se contratan servicios, podemos divulgar su información de salud para que puedan realizar el trabajo que les hemos solicitado y facturarle a usted o a su plan de salud. Sin embargo, para proteger su información de salud, requerimos que el socio comercial proteja adecuadamente su información.
- **Investigación.** En determinadas circunstancias, Mid-State Health Network puede compartir su información en formas generalmente relacionadas con la salud pública y la investigación; sin embargo, debemos cumplir muchas más condiciones según la ley antes de poder usar su información para esos fines. Para obtener más información sobre esto, visite el siguiente sitio web:

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html>.

Mid-State Health Network tiene una política de investigación a la que se puede acceder en la siguiente ubicación:

[https://midstatehealthnetwork.org/application/files/5115/6293/8788/Quality\\_Research.pdf](https://midstatehealthnetwork.org/application/files/5115/6293/8788/Quality_Research.pdf)

- **Según lo requiera la ley.** En ocasiones estamos obligados a divulgar parte de su información sin su autorización firmada si las leyes estatales o federales indican que debemos hacerlo. Estas divulgaciones suelen estar relacionadas con alguno de los siguientes temas:
  - Una emergencia médica: en caso de una emergencia médica, es posible que no podamos entregarle una copia de este Aviso de privacidad hasta que reciba atención;
  - Para prevenir, controlar o informar enfermedades, lesiones, discapacidades o muertes;
  - Para alertar a las autoridades estatales o locales si creemos que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica infantil o adulta;
  - Para alertar a las autoridades o al personal médico si creemos que alguien corre riesgo de sufrir lesiones mediante violencia;
  - Para cumplir con las agencias de supervisión de salud para cuestiones como auditorías, revisiones civiles o administrativas, procedimientos, inspecciones, actividades de licencia o para demostrar que cumplimos con las leyes federales de privacidad;
  - Para responder a una orden judicial o administrativa, o a una citación;
  - A un agente del orden público para denunciar un delito en las instalaciones de la agencia

### **USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN:**

Las siguientes categorías describen cuándo se requiere una autorización previa a la divulgación de información. La divulgación de información debe ser consistente con la autorización otorgada.

- **Notas de psicoterapia.** Una entidad cubierta debe obtener una autorización para cualquier uso o divulgación de notas de psicoterapia, excepto:
  - Para llevar a cabo las siguientes operaciones de tratamiento, pago o atención médica:
    - Uso por parte del autor de las notas de psicoterapia para el tratamiento;
    - Uso o divulgación por parte de la entidad cubierta para sus propios programas de capacitación en los que estudiantes, aprendices o profesionales de la salud mental aprenden bajo supervisión a practicar o mejorar sus habilidades en asesoramiento grupal, conjunto, familiar o individual; o
    - Uso o divulgación por parte de la entidad cubierta para defenderse en una acción legal u otro procedimiento iniciado por la persona; y

- El uso o la divulgación que requiera el Secretario para investigar o determinar el cumplimiento; por ley; para actividades de supervisión de la salud; médicos forenses y examinadores médicos; y según sea necesario para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente para la salud y la seguridad de una persona o del público
- **Marketing.** Una entidad cubierta debe obtener autorización para cualquier uso o divulgación de información de salud protegida con fines de marketing, excepto si la comunicación se realiza en forma de:
  - Una comunicación cara a cara realizada por una entidad cubierta a una persona; o
  - Un obsequio promocional de valor nominal proporcionado por la entidad cubierta.
  - Si el marketing implica una remuneración financiera a la entidad cubierta por parte de un tercero, la autorización debe indicar que existe dicha remuneración.
- **Venta de información de salud protegida.**
  - Una entidad cubierta debe obtener una autorización para cualquier divulgación de información de salud protegida que constituya una venta de información de salud protegida, como se define en la sección § 164.501 de esta subparte. (ii) Dicha autorización debe indicar que la divulgación dará lugar a una remuneración para la entidad cubierta.

#### **PROTECCIONES PARA APOYAR LA PRIVACIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA REPRODUCTIVA.**

Existen normas vigentes que fortalecen las protecciones de la privacidad al prohibir el uso o la divulgación de información sobre atención médica reproductiva para las siguientes actividades:

- Realizar una investigación penal, civil o administrativa o imponer responsabilidad penal, civil o administrativa a cualquier persona por el mero acto de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención médica reproductiva, cuando dicha atención sea legal en las circunstancias en las que se proporciona.
- La identificación de cualquier persona con el fin de realizar dicha investigación o imponer dicha responsabilidad.

Si desea obtener más información sobre esta norma, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento y Privacidad de MSHN o con su Proveedor local del Servicio Comunitario de Salud Mental (CMHSP) o con el Proveedor de Tratamiento por Consumo de Sustancias.

#### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD FÍSICA/CONDUCTUAL SOBRE USTED.**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud física y conductual que mantenemos sobre usted:

- **Derecho a inspeccionar y copiar.** Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar información de su registro que pueda usarse para tomar decisiones sobre su atención. Usted tiene derecho a solicitar que la copia se le facilite en forma o formato electrónico. Si la forma y el formato que solicita no se pueden producir fácilmente, cooperaremos con usted para proporcionárselo en una forma o formato electrónica razonable. Por lo general, esto incluye registros médicos y de facturación, pero puede

no incluir notas de psicoterapia.

Para inspeccionar y copiar información que pueda usarse para tomar decisiones sobre usted, debe presentar su solicitud por escrito. Si solicita una copia de la información, es posible que le cobremos una tarifa por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud.

Podemos denegar su solicitud de inspección y copia en determinadas circunstancias muy limitadas. Si se le deniega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que denegó su solicitud. Acataremos el resultado de la revisión.

- **Derecho a modificar su registro:** Si cree que su información de salud personal o su registro de tratamiento es incorrecto o que falta una parte importante del mismo, tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos su registro de tratamiento. Debe presentar su solicitud y el motivo de dicha solicitud por escrito.
- **Derecho a un informe de las divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar un "informe de las divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que hemos realizado, aparte de las contempladas en este aviso, de información sobre usted.
  - Para solicitar esta lista de informe de divulgaciones, deberá presentar su solicitud por escrito. Su solicitud deberá indicar un período de tiempo que no podrá ser mayor a seis años antes de la fecha de su solicitud. Su solicitud deberá indicar en qué formato desea la lista (por ejemplo, en papel o en formato electrónico). Las divulgaciones que usted autorizó por escrito, las divulgaciones internas de rutina como las realizadas al personal cuando le brindamos servicios y/o las divulgaciones realizadas en relación con el pago son ejemplos de divulgaciones que no se incluyen en el informe. El informe indicará la fecha de la divulgación, la finalidad para la que se divulgó su PHI y una descripción de la información divulgada. Si hay una tarifa por el informe, se le informará cuál es antes de proceder a la elaboración del mismo.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar que su información de salud protegida no se comparta o solicitar una restricción o limitación en la información que usamos o divulgamos sobre usted. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir que no si esto afectara su atención.

Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con fines de pago o de nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos que sí a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de una determinada manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted solo en el trabajo o solo por correo.  
Para solicitar comunicaciones confidenciales, deberá realizar su solicitud por escrito.

No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Atenderemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.

- **Derecho a solicitar que alguien actúe en su nombre.** Usted tiene derecho a 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 actuar en su nombre y tomar decisiones sobre su información de salud tal como lo haría usted. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar legalmente en su nombre antes de responder a cualquier solicitud de este tipo.

### **MODIFICACIONES DE ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de modificar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el aviso revisado o modificado para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en todas las ubicaciones de la agencia y en nuestro sitio web. Este aviso contendrá, en la primera página, en la esquina superior derecha, la fecha de vigencia.

Usted tiene derecho a recibir una copia del aviso de privacidad al inicio de los servicios y a ser notificado, con una frecuencia no menor a una vez cada tres años, sobre la disponibilidad del aviso y cómo obtenerlo. Cuando haya un cambio sustancial en el aviso, éste deberá publicarse en el sitio web de la agencia en un lugar destacado y el aviso, o la información sobre el cambio sustancial, deberá proporcionarse en el siguiente envío anual. Si recibe una copia electrónica del aviso, también tiene derecho a obtener una copia impresa si la solicita.

### **QUEJAS SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede solicitar más información o presentar una queja ante su agencia local, ante Mid-State Health Network o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

No se le puede intimidar, amenazar, coaccionar, discriminar ni se pueden tomar otras medidas de represalia en su contra por presentar una queja; testificar, ayudar o participar en una investigación, revisión de cumplimiento, procedimiento o audiencia; u oponerse a cualquier acto o práctica que se considere de buena fe como ilegal.

***Mid-State Health Network  
530 West Ionia Street  
Suite F  
Lansing, MI 48933  
Oficina de Cumplimiento y Privacidad  
1-844-793-1288***

***Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201  
1-877-696-6775  
[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)***