



Pillars Community Health

Healing. Caring. Educating.

Pillars Community Health proporciona servicios sociales, educacionales y de salud para crear y fortalecer comunidades sanas. Nuestra visión es una de comunidades donde todas las personas tienen igualdad de acceso al cuidado que necesitan, cuando lo necesitan..

Una organización creada mediante la unión de Community Nurse Health Center y Pillars

Bienvenido a Pillars Community Health! Usted participará activamente en todas las fases de su tratamiento. Por lo tanto, a continuación, le proporcionamos información que usted debe tener.

POR FAVOR LLÉVESE ESTE FOLLETO CONSIGO.

Pillars CommunityHealth es una agencia innovadora de servicios sociales y de salud, y es una de las únicas organizaciones sin fines de lucro en el estado de Illinois que busca integrar el cuidado médico primario y dental, con servicios de salud mental, educación temprana, y sociales. Esta organización es el resultado de la unión, en enero del 2018, de Pillars y Community Nurse Health Center. Nuestra historia se remonta a 1921 a través de agencias predecesoras , y tenemos una tradición de innovación, buscando siempre proporcionar cuidado de calidad, basado en evidencia, a nuestros pacientes y clientes. Pillars Community Health, a través de más de 35 programas, se compromete a proporcionar un conjunto completo de servicios de salud, sociales y educacionales coordinados, a individuos y familias, sin importar de donde provienen o como llegaron a nuestras puertas.

Ofrecemos más de 15 programas de ayuda a clients que viven con enfermedades mentales, desde prevención hasta intervención en crisis, terapia sin hospitalización, y apoyo comunitario. Para adultos y adolescentes con un diagnóstico de abuso de sustancias moderado a más severo, ofrecemos servicios que incluyen tratamiento en grupo, educación sobre los riesgos de manejar bajo la influencia, y consejería individual y de familia.

Aprende más sobre nuestros servicios en www.PillarsCommunityHealth.org.



TABLE OF CONTENTS

Citas	Página 5
Acceso de Emergencia de 24 horas	Página 5
Necesidades especiales	Página 5
Honorarios y verificación de ingresos	Página 5
Solicitud para obtener copia de sus expedientes	Página 5
Seguro médico	Página 5
Registro en el DHS/DMH	Página 6
Participación del cliente	Página 6
Salud y seguridad	Página 6
Evaluación y planes de tratamiento	Página 6
Ética	Página 6
Derechos y responsabilidades del cliente	Página 7
Reportes sobre dueños de armas de fuego (FOID)	Página 11
Notificación HIPAA sobre derechos de privacidad	Página 13

CITAS

Las citas se acuerdan con su terapeuta y ese tiempo está reservado para usted. **Si usted no cancela su cita con 24 horas de anticipación, usted será responsable por pagar el costo de la cita.** Para cancelar citas que ocurren los lunes puede llamar a la línea de acceso de 24 horas **708-745-5277**. Cuando llegue a sus cita, favor de presentarse en la ventanilla de la recepcionista para pagar su cuota. Recibirá una copia de su recibo que debe guardar y un recibo para entregarle a su terapeuta. Su terapeuta lo encontrará en la sala de espera. Mucha gente comparte nuestra sala de espera. Por favor trate a las demás personas con respeto ayude a sus hijos(as) a hacer lo mismo. En la sala de espera encontrará información acerca de la organización y de recursos en la comunidad.

ACCESO DE EMERGENCIA LAS 24 HORAS

En caso de que se presente una emergencia de salud mental donde exista la posibilidad de daño a usted mismo o a otras personas, o si la crisis no puede esperar hasta el próximo día hábil, le ofrecemos una línea telefónica de acceso. Por favor llame al numero central **708-745-5277**. Su terapeuta u otro profesional de emergencia le regresará la llamada. Si usted necesita cancelar una cita o dejar un mensaje que no sea de emergencia, por favor hágaselo saber al operador.

NECESIDADES ESPECIALES

Si usted tiene impedimentos visuales, auditivas o cualquier otro impedimento físico, le proveeremos asistencia de acuerdo a sus necesidades. Por favor pida ayuda. Hacemos nuestro mejor esfuerzo por proporcionar servicios en el idioma que usted prefiere. Información acerca de las directivas anticipadas de psiquiatría están disponibles si usted la requiere.

HONORARIOS Y DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS

La parte que a usted le corresponde de los honorarios por los servicios se basará en una escala variable. Estos honorarios se calcularán durante el proceso de admisión y serán basados en sus ingresos y número de dependientes. Las cuotas se deben pagar a la recepcionista antes de su sesión. Nosotros esperamos que usted pague su cuota a la recepcionista antes de cada sesión. Se requerirá que usted proporcione documentos para verificar sus ingresos y seguro médico, incluyendo Medicaid y Medicare.

SOLICITUD PARA OBTENER COPIA DE SUS EXPEDIENTES

Necesitamos por lo menos dos semanas de anticipación si usted necesita una copia de sus expedientes. Se le pedirá que firme una autorización que especifique que información usted desea, su fecha de nacimiento, para que necesita la información, y a donde remitir la información. Comuníquese con su terapeuta o el supervisor de su terapeuta para iniciar esta solicitud. Reservamos el derecho de cobrar una cantidad razonable por las copias.

SEGURO MÉDICO

1. Muchas compañías de seguro médico cubren una parte del costo de nuestros servicios. Generalmente este tipo de cobertura se encuentra en la sección de “servicios psiquiátricos sin hospitalización” (outpatient psychiatric service) Si usted o su familia tiene seguro médico, deberá utilizarlo para subsidiar el costo de su tratamiento. Es responsabilidad de usted informarnos de cambios en su seguro médico.
2. Algunos seguros médicos requieren que todos los servicios sean autorizados **antes de comenzar en Pillars Community Health. Si tiene una remisión de su** médico o una autorización de su seguro médico, entrégueselo a su psiquiatra.
3. Su seguro médico quizás requiera que usted pague una cuota por cada sesión o quizás tenga un deducible que usted debe cumplir antes de que el seguro pague por los servicios. Pillars Community Health tiene la obligación de cobrar estas cuotas. Si usted tiene un deducible, estableceremos una cuota basada en nuestra escala variable de honorarios. Esta cuota se debe pagar cada sesión hasta que el deducible sea cumplido. Cuando se cumpla el deducible su cuota se ajustará para cubrir la porción del costo que no cubre el seguro.
4. Es responsabilidad de usted saber cual es su cuota y pagar esta cuota cada sesión.

REGISTRO CON DHS/DMH

Si usted recibe servicios de salud del comportamiento subsidiados por el estado, en base a una escala variable, tenemos la obligación de registrarle con el estado de Illinois, sometiendo su nombre al Departamento de Salud Mental (Department of Mental Health and Developmental Disabilities). Si tiene alguna pregunta referente a esto, por favor hable con su proveedor de servicios.

Si tiene alguna pregunta acerca de las políticas o procedimientos de nuestra agencia, por favor hágasela saber a su proveedor de servicios.

PARTICIPACIÓN DEL CLIENTE

Es posible que usted reciba de vez en cuando un cuestionario sobre su satisfacción con la agencia, que tan efectivos han sido los servicios que recibe y su progreso hacia el logro de las metas de su tratamiento. Llenar estos cuestionarios es voluntario y las respuestas son confidenciales. La información obtenida se utiliza para mejorar nuestras políticas y procedimientos. Sus comentarios son muy importantes.

Adicionalmente, después de terminar sus servicios con la agencia, recibirá un corto cuestionario donde tendrá la oportunidad de hacernos saber si recibió los servicios que esperaba y necesitaba, y si estos fueron de ayuda. Si no desea que nos comuniquemos con usted después de completar sus servicios, por favor hágaselo saber a la persona con quien está trabajando.

SALUD Y SEGURIDAD

En Pillars Community Health, buscamos proporcionar un lugar seguro con un ambiente placentero para nuestros clientes. Por tal motivo, hemos establecido políticas que protegen la salud y seguridad de clientes y personal. No está permitido fumar en ninguno de los edificios de Pillars Community Health. No se permiten armas de ningún tipo. Si usted llega a la agencia bajo la influencia de alcohol u otra sustancia ilegal, podemos negarnos a prestarle servicios. Si el personal decide que usted no está en condiciones de manejar, se le llamará un taxi. Finalmente, es la política de Pillars Community Health no refrenar a un cliente, en ningún momento.

► Los planes de evacuación están disponibles en los pasillos. Estos planes indican cuales son las salidas de emergencia, áreas seguras en caso de tornado y donde se encuentran los extinguidores. El área de recepción tiene un botiquín de primeros auxilios.

EVALUACIÓN Y PLANES DE TRATAMIENTO

Usted tiene derecho a una evaluación para determinar el servicio apropiado en el ambiente menos restrictivo. Este proceso requiere una evaluación comprehensiva para determinar las necesidades específicas que van a atenderse durante el tratamiento. En algunos casos, la comunicación con otros miembros de la familia u otros proveedores de servicios podrían ayudar en la evaluación. Sin embargo, no habrá comunicación con ninguna persona a menos de que usted de su permiso por escrito. Usted tiene el derecho de rehusar alguno o todos los servicios ofrecidos, por lo tanto usted estará involucrado en la formulación de su plan de tratamiento para identificar las metas y objetivos de su tratamiento. Usted puede incluir a los miembros de su familia si así lo desea. Durante el proceso de tratamiento, el personal hablará con usted si es necesario referirlo a otros servicios o cuando haya cumplido los objetivos deseados y su tratamiento haya terminado.

ÉTICA

Todo el personal profesional deberá comportarse de acuerdo a sus códigos profesionales respectivos o códigos de ética y comportamiento, por ejemplo: National Association of Social Workers, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, American Psychiatric Association, American Nurse Association, American Counseling Association, IODAPCA.

PILLARS COMMUNITY HEALTH
Derechos y Responsabilidades del Cliente

Pillars Community Health ofrece servicios comprehensivos de salud del comportamiento a niños, adolescentes y adultos, incluyendo: tratamiento de abuso de sustancias con y sin hospitalización, evaluación psicológica, grupos de apoyo, administración de caso, servicios de emergencia, terapia individual y de familia. Esta agencia tiene la política de no negar servicios o discriminar contra clientes por ningún motivo basado en edad, género, religión, raza, color, origen étnico, orientación sexual, estado civil, estatus de VIH, antecedentes penales, discapacidad o necesidades especiales tales como visuales o auditivas. Usted no será negado ningún derecho, beneficio o privilegio garantizado por la ley, la Constitución de los estados Unidos o la Constitución Estatal de Illinois simplemente porque recibe servicios de salud del comportamiento, de acuerdo al American's With Disabilities Act de 1990 (Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990) (42 USC 12101) y el Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Code, Chapter 2 (Código de Salud Mental y Discapacidades para el Desarrollo de Illinois, Capítulo 2) (405 ILCS 5/2-100). No se asumirá que ningún cliente está legalmente discapacitados, a menos que lo declare un juez.

Los derechos que se enlistan a continuación se garantizan para todas las personas que soliciten servicios de salud del comportamiento y se presentarán de manera verbal y se dará una copia por escrito a cada solicitante (o tutor legal) de nuestros servicios.

1. En acuerdo con The Illinois Mental Health Confidentiality Act (740 ILCS 110/5) (Capítulo 9 1/2, párrafo 801) y el HIPAA Privacy Act de 1996, Illinois Domestic Violence Act, Rape Counselors Act, Illinois Division of Alcohol and Substance Abuse Act CFR Parte 42, y el Illinois Probate Act, todos los archivos y comunicaciones referentes a usted y los servicios provistos se mantendrán en estricta confidencia. Usted, un tutor o alguna tendrán el derecho de revisar y/o recibir una copia de sus archivos clínicos.
 - Usted puede acceder por escrito a la divulgación de sus expedientes a otras personas, para los propósitos que usted elija. Puede incluir a su abogado(a), su jefe o cualquier otra persona que usted desee que tenga información acerca de su tratamiento. Usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya realizado ninguna acción en base a su consentimiento previo. A excepción de lo descrito anteriormente en esta notificación o en base a los requerimiento de la ley Federal o de Illinois, no podemos divulgar su información de salud protegida sin su autorización por escrito.
 - Usted puede solicitar que no utilicemos o divulguemos parte de su información clínica. Esta solicitud debe realizarse por escrito. Pillars Community Health no tiene la obligación de acceder a su solicitud si decidimos que es de mayor beneficio para usted permitir la divulgación de la información. Podemos cobrar una cuota razonable para cubrir los costos de copiado y remisión de su expediente.
 - Usted puede solicitar que enviemos la información a una domicilio distinto o por un métodos alternativos. Accederemos a su solicitud, siempre y cuando sea razonable y podamos determinar qué es lo correcto. Tenemos el derecho de verificar que la información de pago que usted proporciona sea correcta.
 - Si usted cree que alguna información en su expediente está incorrecta o incompleta, puede solicitar que la enmendemos. Para realizar esta solicitud, póngase en contacto con el Privacy Officer (Oficial de Privacidad) y solicite la forma llamada *Request to Amend Health Information (Solicitud de Enmienda Información de Salud)*. En ciertos casos, podemos negar su solicitud. Si negamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nuestra decisión. Nosotros presentaremos nuestra respuesta, y su declaración, junto con nuestra respuesta se archivarán en su expediente.
 - Usted puede solicitar una contabilidad de las divulgaciones de su información confidencial con excepción a la información utilizada para tratamiento, pago o costos de operación, o que hayamos compartido con usted o su familia, o información que usted nos haya dado consentimiento para divulgar. También excluye información que se nos requiere por ley divulgar. Para recibir información referente a las divulgaciones realizadas dentro de un plazo de no más de seis meses, por favor presente su solicitud por escrito a nuestro Privacy Officer (Oficial de Privacidad). Nosotros le notificaremos del costo de preparación de dicho enlistado.
 - Usted tiene el derecho de que se le notifique si existe una violación de información de salud protegida (PHI). Incluye información que pudiera llevar al robo de identidad. Usted será notificado(a) si existe una infracción o

violación de HIPAA Privacy Rule (Derechos de Privacidad) y se determina que su PHI pueda haber sido comprometida.

- Si usted tiene alguna pregunta o queja referente a sus derechos de privacidad puede ponerse en contacto con nuestro Privacy Officer (Oficial de Privacidad) por escrito. También puede presentar una queja con el Secretary of U. S. Department of Health and Human Services (Secretaría de los Estados Unidos del Departamento de Salud y Servicios Humanos), si usted cree que Pillars Community Health ha violado sus derechos de privacidad. No habrá represalias contra usted por haber presentado una queja.
- Pillars Community Health se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad de acuerdo a las necesidades de la agencia y a los cambios en las leyes estatales y federales.

De acuerdo con la ley del estado Illinois y la ley federal, puede divulgarse información sin su consentimiento bajo las siguientes situaciones:

- *Si, al juicio razonable de nuestro personal calificado, un cliente presenta daño a sí mismo o a otros, el personal podrá iniciar una hospitalización involuntaria.* Esta medida se utilizará únicamente como último recurso y para prevenir daño a otra persona.
- *Es posible que nos comuniquemos con usted para recordarle sobre sus próximas citas.* Dejaremos un mensaje con información sobre la cita en su correo de voz, a menos de que usted nos pida que no lo hagamos.
- *Cuando exista razón para sospechar abuso o abandono de menores, adultos con discapacidades entre las edades de 18-59 años, o adultos mayores de más de 60 años o maltrato institucional.* A todos los proveedores de servicios de salud mental se les exige por ley, reportar de inmediato tales sospechas a DCFS o a la agencia contra el abuso a ancianos que corresponda.
- *Cuando el personal sea requerido por la corte a divulgar información o tengan el mandato de proveer información de salud pública tal como enfermedades transmisibles.* Cuando se reciba una citación/orden judicial, Pillars Community Health tomará todas las medidas legales posibles para prevenir la divulgación de información en contra de la voluntad del cliente.
- *Cuando exista una investigación sobre su fallecimiento.* Se nos requiere divulgar información sobre las circunstancias de su muerte al personal forense quien lo investiga.
- *Cuando la agencia (Pillars Community Health) sea auditada para propósitos de financiamiento, acreditación, reembolso o auditada por el estado o una agencia federal o entidad de acreditación.* Podemos divulgar información a alguna agencia de salud que supervise actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones y acreditación. También se nos requiere presentar información, si es solicitada, incluyendo su nombre completo, número de seguro social, raza, género, fecha de nacimiento, ciudad, condado en el que reside, ingreso familiar y tamaño de familia, empleo y servicios que recibe, al US Department of Health and Human Services (Departamento de los Estados Unidos de Salud y Servicios Humanos) para determinar conformidad con las leyes federales sobre el cuidado de la salud y con las agencias del estado de Illinois que financien nuestros servicios o para la coordinación de su cuidado. La División de Alcoholismo y Abuso de Sustancias también puede revisar su expediente para determinar si la agencia cumple con los requisitos para obtener la acreditación para un programa ambulatorio de adicciones. Se divulgará únicamente aquella información personal necesaria que los auditores requieran, y su información personal se mantendrá con la mayor confidencialidad posible.
- *En el caso de actividad criminal o daño a otras personas.* Si se comete un crimen en nuestras instalaciones o contra nuestro personal, podemos compartir información con las autoridades para fines de aprehensión de las personas responsables. Pillars Community Health también tiene el derecho de involucrar a las autoridades cuando se crea que existe peligro inminente hacia alguna persona.
- *Cuando recibe servicios psiquiátricos.* Todos los servicios psiquiátricos se proporcionan a través de médicos que son contratistas independientes con Pillars Community Health. Como tales, los psiquiatras que trabajan con nosotros han acordado, de acuerdo a lo permitido por la ley, compartir su información con el personal clínico de Pillars Community Health para propósitos de su tratamiento, pago u operaciones relacionadas al cuidado de su salud.

2. Usted tiene el derecho a que no se le nieguen servicios en base a su impedimento físico o mental en acuerdo con el American With Disabilities Act, sección 504 del Rehabilitation Act y el Human Rights Act (775ILCS5).
3. Usted tiene el derecho que su estado y su expediente, incluso su condición y pruebas de VIH se mantengan confidenciales de acuerdo a lo establecido por la ley de Illinois.
4. Usted tiene derecho a una evaluación para determinar el servicio apropiado en el ambiente menos restrictivo disponible para sus necesidades de acuerdo a su plan individual de tratamiento. Usted tiene el derecho de dar su consentimiento informado para su tratamiento. Su firma en el plan de tratamiento indica que usted ha estado involucrado(a) en la creación de dicho plan y su acuerdo participar en los servicios enlistados en el plan. Tiene el derecho a participar en la decisión del tipo de servicios que se le proporcionarán, al igual que en la composición del equipo de tratamiento. También tiene el derecho de rehusar su tratamiento y recibir información sobre las consecuencias de tal decisión. Esto puede incluir que Pillars Community Health no pueda proporcionarle servicios.
5. Tiene el derecho de obtener asistencia legal o pedir ayuda a grupos de apoyo. El personal puede ayudarle con esto. Pillars Community Health se apega a los códigos de ética profesional y normas de investigación a las cuales usted tiene acceso, si así lo desea.
6. Los expedientes son revisados por un equipo llamado *Utilization Management Team*, cuyo propósito es garantizar que los servicios sean del nivel requerido, que estén bien coordinados y apoyar el proceso para el cumplimiento de las metas identificadas. El equipo de revisión podría sugerir cambios, los cuales se incorporarían al plan de servicios a menos que usted o su proveedor no estén de acuerdo con la recomendación. Usted puede solicitar una copia del documento que explica los pasos de este proceso (*Utilization Review Policy*).
7. Usted tiene el derecho a recibir tratamiento en un ambiente seguro, libre de maltrato, abandono, humillación o cualquier otra forma de explotación o discriminación abuso y abandono. Usted tiene el derecho de ponerse en contacto con cualquier agencia de gobierno sobre los servicios que recibe en Pillars Community Health. Para reportar cualquier incidente de abuso o abandono, si usted cree que sus derechos han sido violados, tiene el derecho de pedir ayuda del personal de Pillars Community Health. Los locales a continuación pueden ayudarle a obtener ayuda o representación legal, si la requiere.

Dept of Human Services (MH) 160 N. LaSalle St – 10 th Floor Chicago, IL 60601 312-814-3784	Dept of Human Services (MH) 402 S. Spring Street Springfield, IL 62701 217-785-6023	Dept of Children & Family Services 100 W. Randolph St – Suite 6-100 Chicago, IL 60601 312-814-6800	Equip for Equality, Inc. 20 N. Michigan Suite 300 Chicago, IL 60602 312-341-0022
Equip for Equality, Inc. 235 S. 5 th St Springfield, IL 62701 217-544-0464	Dept of Human Services (DASA) 100 W. Randolph St – Suite 5-600 Chicago, IL 60601 312-814-3840	US Department of Justice – Civil Rights Division 950 Pennsylvania Avenue, N. W. Disability Rights Section -NYAV Washington, DC 20530 1-800-514-0301 1-800-514-0383 (TTY)	
Guardian & Advocacy Commission (GAC) West Suburban Regional Office c/o Madden Mental Health Center #9 P. O. Box 7009 Hines, IL 60141 708-338-7500	Guardian & Advocacy Commission (GAC) 160 N. LaSalle St – Suite S500 Chicago, IL 60601 312-793-5900	Office of the Inspector General 901 Southwind Road Springfield, IL 62703 1-800-368-1463	

8. Usted tiene el derecho de expresar cualquier agravio y apelar decisiones de la agencia que sean adversas. Esto deberá presentarse por escrito a su terapeuta, el/la supervisora de su terapeuta, o en caso de que no reciba una resolución satisfactoria, podrá presentar su queja por escrito al Presidente Director General de Pillars Community Health. Usted recibirá una copia de la queja y se tomarán todas las medidas razonables para tratar de resolver dichos agravios. Las alegaciones de violaciones de derechos serán investigadas. Si su agravio no se resuelve de manera satisfactoria para usted, puede solicitar una referencia a otra agencia de servicios. No se le negarán, suspenderán, cancelarán o reducirán los servicios si usted ejerce cualquiera de sus derechos.

SUS RESPONSABILIDADES

1. Usted tiene la responsabilidad de tratar a los demás con respeto, independientemente de su edad, sexo, estado civil, religión, raza, etnicidad, origen nacional, orientación sexual, condición VIH, antecedentes penales, discapacidad o necesidades especiales, tales como la audición o discapacidad visual, y asegurar un ambiente de tratamiento seguro para todos sin abuso físico, verbal o emocional. La expectativa es que usted respete al personal y los bienes de los Pillars Community Health, su personal y otras personas que sirven. El no hacerlo puede resultar en la suspensión del tratamiento o servicios.
2. Usted tiene la responsabilidad de asistir a su tratamiento completamente libre de alcohol, sustancias ilegales u otras sustancias que alteran el estado de ánimo (a menos de que sean recetadas por su médico). Si usted viene a una cita bajo la influencia del alcohol o cualquier sustancia ilegal, la sesión se dará por terminada y se le dará otra cita cuando estés sobrio(a). Si el personal siente que es incapaz de conducir con seguridad, se llamará un taxi llevarle a su casa.
3. La expectativa es que asista y participe en su tratamiento. Usted tiene la responsabilidad de notificar a su terapeuta o personal de cabecera con 24 horas de anticipación si necesita cancelar su cita. De lo contrario se le cobrará por esa sesión.
4. Usted tiene la responsabilidad de pagar su cuota, co-pago, o cualquier saldo restante que se incurra. Si usted recibe servicios en nuestro programa de salud mental y paga menos del costo total (escala variable), el costo de los servicios está siendo subsidiado por fondos designados para los residentes del área de captación de Pillars Community Health. Si usted se muda fuera del área de captación, de Pillars Community Health es responsabilidad de usted informarnos sobre dicho cambio. Usted tendrá tres (3) meses para terminar sus servicios de salud mental con Pillars Community Health. Se le proporcionarán referencias a proveedores en otras áreas de servicio, si así lo desea.
5. Usted es responsable de mantenernos informados de cualquier cambio en su cobertura de seguro.
6. Pillars Community Health no discrimina contra individuos con SIDA, Hepatitis B o Hepatitis C. Por lo tanto estos individuos pueden ser admitidos para recibir servicios. Sin embargo, por favor comprenda que Pillars Community Health ha establecido procedimientos para evitar riesgos de transmisión de enfermedades. Usted es responsable de adherirse a las políticas de las instalaciones.
7. Pillars Community Health tiene el derecho de limitar los servicios en base a los fondos que recibimos. Por lo tanto, es posible que sea necesario priorizar los servicios en base a la gravedad de las necesidades. Los servicios no cubiertos por subvenciones del gobierno se cobrarán en base al costo de los servicios proporcionados.

Afirmo que se me ofrecieron copias del "Aviso de las Prácticas de Privacidad" y "Derechos y Responsabilidades del Cliente". Mis derechos, incluyendo leer y copiar mi expediente, limitar la divulgación de mi información de salud y pedir enmiendas a mi expediente, son explicados en estos documentos. El presidente y ejecutivo de la compañía han decisión administrativa será final. Se me ha explicado mi derecho, bajo la ley de Illinois, de presentar una queja. Entiendo que puedo revocar por escrito mi consentimiento para divulgar información de salud, excepto en la medida en que ya se haya realizado alguna acción en base a mi consentimiento previo a la revocación.

REPORTES SOBRE DUEÑOS DE ARMAS DE FUEGO (FOID)

En el año 1967, el estado de Illinois promulgó leyes para fomentar y proteger la salud y el bienestar del público por medio de un sistema para identificar a personas quienes no deben obtener, ni poseer armas de fuego o municiones para armas de fuego en el estado de Illinois – esta legislación se conoce como el Acta Firearm Owner's Identification (FOID).

Al personal de Pillars Community Health de Mental Health (Salud Mental) y a otro personal de Pillars Community Health que trabaja en otros programas (médicos, psicólogos clínicos, trabajadores sociales clínicos, consejeros profesionales clínicos) se les requiere proporcionar información al Departamento de Servicios Humanos del estado de Illinois referente a personas que hayan determinado que presenten un daño claro e inminente a sí mismos(as) o a otras personas, en base a lo siguiente:

- Comunica una amenaza grave de violencia física en contra de una víctima razonablemente identificable o presenta un riesgo de daño físico grave contra si mismo o misma u otra persona, de acuerdo a la determinación de un médico, psicólogo clínico o examinador calificado; o
- Demuestra comportamiento físico o verbal amenazante, tales como amenazas violentas, suicidas o de asalto, actividades o comportamientos determinados por un médico, psicólogo clínico o examinador calificado, administrador escolar u oficial de la ley. (Acta FOID)

El Departamento de Servicios Humanos (DHS) tiene un sistema basado en el internet en el cual el personal de Pillars Community Health tiene la obligación de reportar la información requerida. Pillars Community Health no está involucrado en el proceso de determinación si una persona puede o no poseer un arma de fuego, simplemente se nos requiere reportar información referente a daño claro e inminente. DHS es responsable de comparar la información reportada con los archivos FOID de la policía estatal para identificar posibles elementos coincidentes. La Policía Estatal de Illinois (ISP) será responsable de realizar la investigación cuando existan elementos coincidentes y hará las determinaciones. ISP notificará a las personas si se les ha revocado su tarjeta FOID.

Si usted tiene preguntas sobre este nuevo requisito, puede preguntarle a su terapeuta, o personal administrativo, incluyendo al presidente de Pillars Community Health. Se le pedirá a usted que firme una constancia confirmando que recibió esta información.



Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

Sus derechos

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

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- 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.

Solicitarnos que corrijamos su historial médico

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

continúa en la próxima página

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

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 quién la hemos compartido y por qué.
- 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 proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

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

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella 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 violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

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 por escrito:

- 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.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: *Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.*

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención 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.*

continúa en la próxima página

¿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 contribuyan 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 más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

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, 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

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

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:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares
-

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.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- 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 esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.



Pillars Community Health

HIPAA/Confidencialidad Adendum 1

Confidencialidad de los Archivos del Cliente/Paciente Sobre el Abuso de Alcohol y Drogas

La regulación federal 42 CFR Parte 2 brinda protección adicional a la confidencialidad de los archivos del cliente/paciente sobre el consumo de alcohol y drogas. No podemos informar a nadie fuera de Pillars Community Health que usted está recibiendo tratamiento por uso o abuso de sustancias o que lo identifique con uso o abuso de alcohol o drogas. Las excepciones a esta estricta confidencialidad son:

- Cuando la divulgación está permitida por una orden judicial,
- Cuando la divulgación se hace al personal médico en una emergencia médica, o
- Cuando la divulgación es con su consentimiento por escrito.

Confidencialidad de los Archivos del Cliente/Paciente de Salud Mental o Incapacidades de Desarrollo

La ley del estado de Illinois protege los archivos de clientes/pacientes de salud mental e incapacidades de desarrollo. No podemos divulgar que usted está buscando tratamiento de salud mental a ninguna persona fuera de Pillars Community Health o que está recibiendo tratamiento de salud mental. Las excepciones a esta estricta confidencialidad incluyen:

- Cuando la divulgación está permitida por una orden judicial,
- Cuando la divulgación se hace al personal médico en una emergencia médica,
- Cuando la divulgación es con su consentimiento por escrito,
- Cuando la divulgación es requerida por la ley, como el informe obligatorio de abuso o negligencia de niños o ancianos, o auditorías o investigaciones obligatorias de la agencia.
- Cuando la divulgación es para propósitos de intercambio de información de salud, de acuerdo con los requisitos de la Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Illinois (a menos que haya elegido no participar en el intercambio de información de salud).
- Cuando la divulgación se hace a un abogado o defensor de la agencia consultado sobre los derechos o deberes legales con respecto al cliente/paciente o los servicios prestados.

Información Genética

No divulgaremos su identidad o resultados de pruebas genéticas sin su permiso, excepto a usted, su representante autorizado, sus proveedores de Pillars Community Health, para fines de revisión de calidad en Pillars Community Health, o si padece de una enfermedad no sujeta a los requisitos de confidencialidad de la ley de Illinois. Si usted es menor de edad, podemos informar a sus padres si creemos de buena fe que la divulgación es lo mejor para usted. Ciertas circunstancias también permiten la divulgación de información genética en una acción penal o civil conforme a una orden de protección.

Información sobre VIH/SIDA

La Ley de Confidencialidad del SIDA de Illinois no permite que Pillars Community Health revele que un paciente ha sido examinado por VIH, o los resultados de las pruebas sin consentimiento por escrito, a menos que le revelemos a usted, personas autorizadas por ley, su cónyuge si son resultados positivos, un establecimiento o proveedor de atención médica, el departamento de salud de Illinois o sus padres si es menor de edad.



Pillars Community Health

Otra información sensible

No divulgamos información sobre agresión sexual sin su consentimiento por escrito.

Menores

Si usted es un menor no emancipado conforme a la ley de Illinois, Pillars Community Health no divulgará, sin su autorización, información relacionada a su atención médica con respecto al tratamiento, abuso de drogas o alcohol o trastornos emocionales a un padre, tutor legal, persona amparada en *loco parentis* o custodia legal la cual tiene autoridad legal para otorgar permiso para su atención médica o psiquiátrica.

Los médicos pueden proporcionar servicios de métodos anticonceptivos a menores (menores de 18 años), sin el consentimiento de los padres o tutores, si están casados, son padres, están embarazadas o son referidos a servicios de control de la natalidad por un médico, clérigo o una agencia de maternidad planificada, o donde se produciría un serio peligro a la salud por la falta de proporcionar tales servicios.

Los menores pueden dar su consentimiento para realizar pruebas anónimas de VIH. Si el resultado de la prueba de un menor es positivo, el proveedor de atención médica hará un esfuerzo razonable para notificar al padre o tutor del menor si, a su juicio profesional, la notificación sería lo mejor para el niño, y el proveedor primero ha intentado sin éxito persuadir al menor de que notifique al padre o tutor, o el proveedor tiene motivos para creer que el menor no ha realizado la notificación. La ley no crea un deber u obligación bajo la cual un proveedor debe notificar a los padres o tutores legales del menor.

Cuando un menor es la presunta víctima de una agresión sexual criminal agravada, una agresión sexual criminal, un abuso sexual criminal agravado o un abuso sexual criminal, no es necesario obtener el consentimiento del padre o tutor legal del menor para autorizar a un hospital, médico u otro personal para proporcionar atención médica o asesoramiento relacionado con el diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión derivada de tal ofensa. El menor puede dar su consentimiento para tal asesoramiento, diagnóstico o tratamiento como si el menor hubiese alcanzado la mayoría de edad.

Los padres o tutores tienen acceso a los archivos de salud mental del menor cuando el destinatario es menor de 12. Un padre o tutor también puede acceder a los archivos de salud mental de un menor si el destinatario tiene al menos 12 años, pero es menor de 18, está informado y no se opone o el terapeuta no encuentra razones convincentes para negar el acceso; y al tutor de un destinatario que tiene 18 años o más.

Hijos de padres adolescentes: Un padre que es menor de edad puede consentir que su hijo obtenga un procedimiento médico, quirúrgico o dental.