

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD, INFORMACIÓN
SIN ENCRIPtar, DIRECTIVAS POR ANTICIPADO, SERVICIOS DE REVISIÓN, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO TEMPRANO Y PERIÓDICO (EPSDT), DIVULGACIÓN OBLIGATORIA Y
CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR TRATAMIENTO**

**Nombre del cliente:****ID del cliente:****Fecha:**

Terapeuta principal del cliente en el Jefferson Center: _____

Acreditaciones del terapeuta principal: _____

Tiene derecho a solicitar y recibir la información mencionada anteriormente, con respecto a cualquier terapeuta psicológico empleado en el Jefferson Center que está proporcionando servicios de psicoterapia al cliente, otros proveedores responsables por su atención, y si lo solicita, el nombre del supervisor.

1. La práctica profesional de personas licenciadas o matriculadas en el campo de la psicoterapia está regulada por la sección de Autorizaciones de Salud Mental de la División de Inscripciones. El Colegio correspondiente está ubicado en el 1560 Broadway, Suite 1350, Denver, Colorado 80202, teléfono (303)894-7800. En cuanto a los requisitos reglamentarios aplicables a los profesionales de la salud mental no médicos: un Asistente Social clínico licenciado, un Terapeuta familiar y matrimonial licenciado y un Consejero profesional licenciado deben tener un título de maestría en su profesión y tener dos años de supervisión posterior a la maestría. Un Psicólogo Licenciado debe poseer un doctorado en psicología y un año de supervisión posterior al doctorado. Un Asistente Social Licenciado debe poseer una maestría profesional en asistencia social. Un candidato a Psicólogo, un candidato a Terapeuta matrimonial y familiar, y un candidato con matrícula de Consejero profesional deberá poseer el necesario título de licenciado y estar en el proceso de completar la supervisión requerida para obtener la licencia. Un Consejero en adicciones I titulado (CAC I), debe ser un graduado del secundario, y debe completar las horas de capacitación exigidas y 1.000 horas de experiencia supervisada. Un CAC II debe completar las horas adicionales de capacitación exigidas y 2.000 horas de experiencia supervisada. Un CAC III debe tener un título en salud conductual, y debe completar las horas adicionales de capacitación exigidas y 2.000 horas de experiencia supervisada. Un Consejero en Adicciones Licenciado debe tener la maestría profesional clínica y cumplir los requisitos del CAC III. Un psicoterapeuta certificado es un psicoterapeuta que figura en la base de datos del Estado y está autorizado por la ley para ejercer la psicoterapia en Colorado, pero no está autorizado por el Estado y no está obligado a satisfacer los requisitos educativos o de pruebas estandarizados para obtener el registro por parte del Estado. Los psicoterapeutas sin licencia que practican en un centro de salud mental de la comunidad, tales como el Jefferson Center, no están obligados a registrarse en la base de datos del Estado.

2. Usted tiene derecho a recibir información de los terapeutas sobre los métodos de tratamiento, las técnicas utilizadas, la duración de la terapia, si se conoce, y la estructura de los honorarios. Tiene derecho a tener un plan de servicio individualizado y de participar en su desarrollo y en cualquier cambio posterior del plan. Puede pedir una segunda opinión de otro terapeuta o dar por terminada la terapia en cualquier momento.

3. Tiene derecho a recibir servicios en el entorno menos restrictivo posible, sujeto a las asignaciones disponibles.

4. Tiene derecho para revisar el expediente clínico, según lo permitido por la ley.

5. En una relación profesional, la intimidad sexual nunca es adecuada y se debe informar al Colegio que otorga las licencias, matrículas o certifica al titular de la licencia, de la matrícula o del título.

6. En términos generales, la información proporcionada por y para el cliente durante las sesiones de terapia es legalmente confidencial y no puede ser divulgada sin el consentimiento del cliente. Hay excepciones a esta confidencialidad, algunas de las cuales se enumeran en la Notificación de Prácticas de Privacidad que se le entregó, así como otras excepciones incluidas en las leyes de Colorado y Federales. Por ejemplo, los profesionales de la salud mental deben informar a las autoridades el abuso infantil. De ser posible, le informarán si durante la terapia surge una excepción legal.

7. Los clientes de Medicaid tienen derechos adicionales, que se describen en el Manual del Asociado.

Usted tiene la responsabilidad de:

1. Participar en la preparación de su plan de servicio.
2. Decirle a su proveedor si no entiende o no está de acuerdo con el plan.
3. Darle a su equipo de tratamiento toda la información necesaria para que todos ustedes puedan tomar las mejores decisiones sobre su cuidado. Esto incluye la firma de documentos de autorización apropiados para que los proveedores médicos puedan aunar su cuidado.
4. Llegar a tiempo a sus citas.
5. Si no puede asistir a una cita, llame con anticipación para programar otra cita.
6. Tratar al personal y otros clientes con la misma cortesía que Ud. exige.

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos, favor de llamar a la Partidaria de Clientes y Familias en el Centro Jefferson para la Salud Mental, a 303-435-0300, sin cobrar a 1-800-201-5264, o TTY a 303-432-5540. Si usted tiene Medicaid, también puede llamar la Oficina del Miembro y Asuntos Familiares en Foothills Behavioral Health Partners a 303-432-5956. Si tiene alguna pregunta sobre su información de salud protegida bajo las pautas del Aviso de Privacidad de la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, por sus siglas en inglés), favor de consultar el Aviso de Privacidad del Jefferson Center o llame el Jefferson Center a 303-432-5047.

Community Crisis Connection, LLC ("CCC") es parte del sistema estatal de crisis que permite el acceso a la atención en situación de crisis de salud conductual para los habitantes de Colorado de todas las edades. Este sistema incluye la Línea de crisis y apoyo de Colorado y los siguientes programas administrados por CCC en la zona de Metro Denver y Boulder:

- ❖ Centro de crisis de atención personal: situado frente a Metro Denver y Boulder para las personas que experimenten crisis conductuales.
- ❖ Unidad de estabilización de crisis: combina la disposición de atención personal con tratamiento de descanso o residencial, si es necesario.
- ❖ Atención móvil de crisis: equipos de asesores de crisis pueden viajar a ciertos lugares en los nueve condados de las regiones de Metro Denver y Boulder.

CCC está compuesto de seis (6) agencias de salud conductual: Arapahoe/Douglas Mental Health Network (ADMHN), Aurora Mental Health Center (AuMHC), Community Reach Center (CRC), Jefferson Center Mental Health (Jefferson Center), Mental Health Partners (MHP), y Mental Health Center of Denver (MHCD) (en conjunto, los socios proveedores de CCC). Además, CCC trabaja con diferentes asociados que se dedican a la atención de la salud mental en la zona metropolitana de Denver para proporcionar servicios generales integrados a todos sus clientes.

Financiamiento

El servicio de crisis de CCC se financia mediante un contrato con la Oficina de Salud Conductual del Departamento de Servicios Humanos del Estado de Colorado. Este contrato les proporciona a CCC, sus socios proveedores y a varias agencias comunitarias, recursos que les permiten prestar servicios en situaciones de crisis de la salud mental en la región metropolitana de Denver. El financiamiento se realiza mediante una asignación anual del Estado de Colorado.

Confidencialidad

CCC protege la confidencialidad de todos nuestros clientes de acuerdo con las leyes y reglamentaciones estatales y federales relacionadas con la privacidad, incluyendo, entre otras, las que rigen los registros de pacientes de abuso de drogas y confidencialidad, 42 C.F.R. parte de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. parte 160-164.

Durante su evaluación inicial, se le pedirá que autorice a CCC a registrar, revelar, compartir y proporcionar información de salud mental sobre usted. Una parte de esta información será información protegida de salud ("PHI", por su sigla en inglés), incluyendo información que puede utilizarse para identificarlo, como su nombre, dirección, número del seguro social, números de identificación u otros identificadores únicos. Su PHI también incluye síntomas, resultados de análisis, diagnósticos, tratamiento, otra información médica para pago, facturación e información del seguro.

Para prestar servicios, CCC, los socios proveedores de CCC y sus socios de atención de la salud mental tendrán acceso a la PHI mediante una base de datos central llamada TIER. CCC no utilizará o revelará más información para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, de la que sea necesaria. Esto también se conoce como utilizar sólo la cantidad mínima de información necesaria con el propósito de uso o revelación. Somos responsables ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos por la salvaguarda (mantener la seguridad) y proteger (mantener la privacidad) de la información de los pacientes.

Reclamos

CCC apoya los derechos de sus clientes, familiares y otras personas interesadas para presentar inquietudes relacionadas con cualquier problema respecto de la atención recibida. CCC hará todos los esfuerzos posibles para resolver cualquier reclamo de la manera expedita que el estado de salud del cliente requiera. Si tiene alguna inquietud puede comunicarse con las siguientes personas:

- El representante de "Community Crisis Connection Consumer or Parent/Family"
- El Defensor del Consumidor o de la Familia de Medicaid
- El Oficial de Privacidad para quejas relacionadas con cumplimiento de las reglamentaciones de privacidad de la HIPAA

Podrá obtener una copia del procedimiento para realizar reclamos si así lo solicita.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD, INFORMACIÓN SIN ENCRYPTAR, DIRECTIVAS POR ANTICIPADO, SERVICIOS DE REVISIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANO Y PERIÓDICO (EPSDT), DIVULGACIÓN OBLIGATORIA Y CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR TRATAMIENTO



Nombre del cliente:

ID del cliente:

Fecha:

Esta autorización incluye, entre otros, los servicios de salud física, salud mental, uso de drogas, y otros servicios o procedimientos prestados personalmente o mediante “telehealth”, que mi médico o proveedor consideren necesarios. Como cliente, tiene la opción de rechazar la prestación de servicios de atención médica mediante “telemedicine” en cualquier momento sin afectar su derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro y sin la pérdida o el retiro de cualquier beneficio del programa al cual tendría derecho.

Leí y entendí este documento y mis derechos como cliente o como tercero responsable por el cliente. Acepto participar en el tratamiento en el Jefferson Center.

Firma del cliente o del tercero responsable

Fecha de la firma:

Firma del segundo tercero responsable o del testigo

Fecha de la firma:

Recibí una copia de la notificación de privacidad del Jefferson Center para Salud Mental.

Firma del cliente notificación de privacidad

Fecha de la firma:

Si el cliente no firmó, indique la razón.

Firma en papel

NOTIFICACIÓN SOBRE DERECHOS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PODRÁ USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA [INCLUYENDO SU INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL], Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESA INFORMACIÓN. LE AGRADECEREMOS QUE LA REVISE ATENTAMENTE. Durante el proceso de prestación de servicios, el Jefferson Center de salud mental, obtendrá, registrará y utilizará su información médica y de salud mental que es información protegida de salud. Normalmente esta información es confidencial y no será utilizada o revelada, excepto de la manera que se describe a continuación.

I. USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN PROTEGIDA

A. Usos y revelaciones generales que no requieren consentimiento del cliente. El Centro utilizará y divulgará su información protegida de salud de las maneras siguientes:

1. **Tratamiento.** El tratamiento se refiere a la provisión, coordinación o gestión de la asistencia médica [incluyendo salud mental] y servicios relacionados de uno o más proveedores de asistencia médica. Por ejemplo, el personal del Centro que participa en su atención puede usar su información para planificar su curso de tratamiento y consultar con otros miembros del personal para garantizar que se estén utilizando los métodos más apropiados para ayudarlo.
2. **Pago.** El pago se refiere a las actividades realizadas por un proveedor de asistencia médica [incluyendo un proveedor de salud mental] para obtener o proporcionar el reembolso de la prestación de asistencia médica. Por ejemplo, el Centro utilizará su información para preparar los datos de las cuentas a cobrar, prepararle la factura y, con su consentimiento, proporcionar información a su compañía de seguros de los servicios prestados. La información proporcionada a los aseguradores y otros terceros pagadores puede incluir información que lo identifique, así como su diagnóstico, tipo de servicio, fecha de los servicios, identificador de nombre de proveedor, y otra información sobre su enfermedad y tratamiento. Si usted está cubierto por Medicaid, la información se proporcionará al programa de Medicaid del Estado de Colorado, incluyendo, entre otra, la enfermedad tratada, el diagnóstico y los servicios recibidos.
3. **Operaciones de asistencia médica.** Las operaciones de asistencia médica incluyen las actividades emprendidas por el Centro que son funciones normales de actividades administrativas y de tratamiento. Por ejemplo, el Centro puede usar su información de salud para controlar la calidad del servicio, la capacitación y la evaluación del personal, revisiones médicas, servicios legales, funciones de auditoría, programas de cumplimiento, planificación empresarial y acreditación, certificación, actividades de otorgamiento de licencias y credenciales.
4. **Comunicarse con el Cliente.** El Centro puede comunicarse con usted para recordarle sus consultas, informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés, y para informarle sobre beneficios relacionados con la salud u otros servicios que puedan ser útiles para usted.
5. **Exigidas por la ley.** El Centro revelará información protegida de salud cuando lo exija la ley o sea necesario para supervisar la asistencia médica. Incluye, entre otras cosas, lo siguiente: (a) informes de abuso infantil o negligencia, (b) cuando un tribunal ordenó divulgar la información, siempre que se le haya dado un aviso y la oportunidad de una audiencia, (c) cuando exista una obligación legal de advertir o tomar acción con respecto a un peligro inminente para una persona o personas específicas, (d) cuando sea necesario reportar ciertas enfermedades transmisibles y ciertas lesiones, y (e) cuando un médico forense está investigando la muerte del cliente.
6. **Actividades de supervisión de la salud.** El Centro puede revelar información protegida de salud a agencias de supervisión de la salud para realizar actividades de control autorizadas por la ley y que sean necesarias para la supervisión del sistema de salud, de los programas de beneficios de salud del gobierno, de los programas de regulación, o determinar el cumplimiento de las normas del programa.
7. **Delitos cometidos en la institución u observadas por personal del Centro.** Los delitos observados por el personal del Centro dirigidos hacia el personal o que se produzcan en las instalaciones del Centro serán reportados a las autoridades.
8. **Socios comerciales.** Algunas de las funciones del Centro se proporcionan mediante contratos con socios comerciales. Por ejemplo, algunos servicios administrativos, clínicos, de aseguramiento de la calidad, facturación legal, de auditoría y de gestión puede proporcionarse mediante la contratación de empresas externas que realizan estos servicios. En esas situaciones, la información protegida de salud será proporcionada a esos contratistas de acuerdo a lo que sea necesario para que realicen las tareas contratadas. Se le exige a los socios comerciales que firmen un contrato de privacidad de la información protegida de la salud que se les entregue.
9. **Investigación.** El Centro puede usar o divulgar información protegida de salud con fines de investigación, si se siguen las limitaciones pertinentes de la Reglamentación Federal de Privacidad de la HIPAA y la ley estatal aplicable.
10. **Clientes involuntarios.** La información relativa a los clientes que están siendo tratados contra su voluntad, de conformidad con la ley, será compartida con otros proveedores de tratamiento, sociedades legales, terceros pagadores y otros, según sea necesario para proporcionar la atención y el manejo de la coordinación necesaria.
11. **Familiares.** A excepción de algunos menores de edad, clientes incompetentes o clientes involuntarios, no se podrá proporcionar la información protegida de salud a familiares sin el consentimiento del cliente. En situaciones en las que están presentes familiares durante una conversación con el cliente, y se puede inferir razonablemente de las circunstancias que el cliente no se opone, entonces podrá revelarse información durante el curso de esa conversación. Sin embargo, si el cliente se opone, la información protegida de salud no será divulgada.
12. **Recaudación de Fondos.** El Centro, o su Fundación que recauda fondos, pueden ponerse en contacto con los clientes como parte de sus actividades de recaudación de fondos. En tal caso, el Centro divulgará información limitada sobre los clientes, incluyendo información

demográfica (nombre, dirección, información de contacto, edad, sexo y fecha de nacimiento); fechas de la asistencia médica proporcionada; departamento de servicio; médico tratante, si se produjo un resultado positivo o negativo, y la situación del seguro de salud. Si un cliente no quiere que nos comuniquemos con ellos para recaudar fondos, tiene derecho para optar por no recibir este tipo de comunicaciones.

13. Confidencialidad de consumo de alcohol y drogas. Registro de abuso del paciente. La confidencialidad de los registros de abuso de alcohol y de drogas del paciente, que guarda este programa, está protegida por la ley y los reglamentos federales. En general, el programa no puede decirle a una persona fuera del programa que un paciente asiste al programa, o divulgar cualquier información de identificación de un paciente que abusa del alcohol o del consumo de drogas, a menos que:

- (1) El cliente dé su consentimiento por escrito
- (2) La revelación sea autorizada por una orden judicial, o
- (3) La revelación se realiza a personal médico durante una emergencia médica o a personal calificado para investigación, auditoría o evaluación de programas.

La violación de la ley y los reglamentos Federales por parte de un programa es un delito. Las sospechas de violación pueden reportarse a las autoridades pertinentes de acuerdo con las reglamentaciones federales. Las leyes y las reglamentaciones federales no protegen la información sobre un delito cometido por un paciente, ya sea en el programa o en contra de cualquier persona que trabaja para el programa o sobre cualquier amenaza de cometer tal delito. Las leyes y las reglamentaciones federales no protegen la información sobre sospechas de abuso o negligencia infantil, por lo que no impiden las denuncias realizadas bajo la ley estatal a las autoridades estatales o locales.

(Consultar 42 U.S.C. 290dd 3 y 42 U.S.C. 290ee 3 para las leyes federales y 42 C.F.R. Parte 2 para las reglamentaciones federales). [42 C.F.R. §2.22]

B. Autorización del cliente o revelación de información. Otros usos y revelaciones de información protegida de salud no cubiertos por esta notificación o las leyes que se aplican a nosotros se realizarán sólo con su permiso escrito, incluyendo (i) la mayoría de los usos y revelaciones de las notas de psicoterapia, (ii) la mayoría de los usos y divulgaciones de su información protegida de salud con fines de comercialización, y (iii) las revelaciones que constituyen la venta de su información protegida de salud. Si nos autoriza a utilizar o revelar su información, puede cancelar esa autorización por escrito en cualquier momento. Si cancela su autorización, ya no utilizaremos o revelaremos su información protegida de salud por las razones incluidas en su autorización escrita. Usted entiende que no podemos recuperar la información que ya hemos revelado con su permiso, y que se nos exige retener nuestros registros de la atención que le proporcionamos.

II. SUS DERECHOS COMO CLIENTE

A. Acceso a información protegida de salud. Tiene el derecho a inspeccionar y a obtener una copia de su información protegida de salud que el Centro guarda relacionada con usted en un grupo de registros designados. Existen algunas limitaciones a este derecho, las cuales le serán informadas en el momento de su solicitud, si se aplica alguna de esas limitaciones. Para presentar una solicitud, pregunte al personal del Centro cuál es el formulario de solicitud correspondiente.

B. Modificación de su registro. Usted tiene derecho a solicitarle al Centro que modifique su información protegida de su salud. El Centro no está obligado a modificar el registro si se determina que el registro es preciso y completo. Hay otras excepciones, las cuales le serán informadas en el momento de su solicitud, si procede, junto con el proceso de apelación que tiene a su disposición. Para presentar una solicitud, pregunte al personal del Centro cuál es el formulario de solicitud correspondiente.

C. Registro de revelaciones. Tiene derecho a recibir un registro de ciertas revelaciones realizadas por el Centro con respecto a su información protegida de la salud en los seis (6) años inmediatamente anteriores a su solicitud. No obstante, ese registro no incluirá las revelaciones que se hicieron con propósito de tratamiento, pago u operaciones de asistencia médica. Además, el registro no incluye revelaciones hechas a usted o que se hubieran hecho con una autorización firmada. Hay otras excepciones que le informarán, si así lo solicitan. Para presentar una solicitud, pregunte al personal del Centro cuál es el formulario de solicitud correspondiente.

D. Restricciones adicionales. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información protegida de salud que usamos o revelamos sobre usted para el pago del tratamiento o de operaciones de asistencia médica. También tiene el derecho a solicitar un límite en la información protegida de salud que revelamos alguien que está involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado, como un familiar o un amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud, a menos que su petición sea que no revelemos información a un plan de salud para pago o actividades de operaciones asistencia médica cuando tiene que pagar por los servicios que son objeto de la información totalmente de su bolsillo. Si estamos de acuerdo, cumpliremos su pedido a menos que la información se necesite para brindarle un tratamiento de emergencia. Para presentar una solicitud, pregunte al personal del Centro cuál es el formulario de solicitud correspondiente.

E. Medios alternativos para recibir comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones de información protegida de salud del Centro por medios alternativos o en lugares alternativos. Por ejemplo, si no desea que el Centro le envíe por correo las facturas u otros materiales a su hogar, puede solicitar que esta información se envíe a otra dirección. Existen restricciones al otorgamiento de esas solicitudes, que se le informarán en el momento del proceso de solicitud. Para presentar una solicitud, pregunte al personal del Centro cuál es el formulario de solicitud correspondiente.

F. Copias de esta notificación. Tiene derecho a obtener copias impresas de esta Notificación, en cualquier momento, previa solicitud, incluso si aceptó recibir esta Notificación electrónicamente.

III. INFORMACIÓN ADICIONAL

A. Leyes de privacidad. El Centro está obligado por las leyes estatales y federales a mantener la privacidad de la información protegida de salud. Además, el Centro está obligado por ley a proporcionar a los clientes una notificación de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información protegida de salud. Ese es el objetivo de esta Notificación.

B. Los términos de la Notificación y los cambios en la Notificación. El centro está obligado a cumplir por los términos de esta Notificación, o cualquier modificación a la Notificación posterior. El Centro se reserva el derecho a modificar los términos de su Notificación y poner en vigencia las nuevas disposiciones de la Notificación para toda la información protegida de salud que almacena. Cuando se modifica la Notificación, la Notificación modificada se publicará en los lugares de prestación de servicios del Centro, y estará disponible si se solicita.

C. Notificación de incumplimiento. El Centro está obligado a notificarle si se produce una violación de su información protegida de salud que no se aseguró de una manera determinada.

D. Reclamos relacionados con los derechos de privacidad. Si cree que el Centro violó sus derechos de privacidad, tiene el derecho a realizar un reclamo a la Dirección del Centro. Para presentar su reclamo, llame al Oficial de Privacidad del Centro Jefferson al 303-425-0300, línea gratuita 1-800-201-5264 o TTY (para hipoacúsicos) 303-432-5540. También tiene el derecho a presentar un reclamo en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., 999 18th Street Suite de 417, Denver, CO 80202, (303) 844-2024, TDD (303) 844 a 3439, FAX (303) 844-2025. La política del Centro garantiza que no habrá ningún tipo de represalia por la presentación de dichos reclamos.

E. Información adicional. Si desea información adicional sobre sus derechos de privacidad en el Centro, llame al Defensor del cliente y su familia del Jefferson Center al 303-425-0300, línea gratuita 1-800-201-5264 o TTY (para hipoacúsicos) 303-432-5540.

F. Fecha de entrada en vigencia. Esta Notificación entró en vigencia el 14 de abril de 2003, y se modificó el 23 de septiembre de 2013.

AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRO DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD ELECTRÓNICA (ePHI - por su sigla en inglés) NO ENCRYPTADA Y USO DE CORREO ELECTRÓNICO NO ENCRYPTADO

Por la presente autorizo al personal médico, personal clínico y al personal profesional asociado al Jefferson Center (el "Centro") a proporcionar copias de mi información protegida de salud electrónica ("ePHT⁵") a mí o a mi representante personal, de acuerdo con las políticas y procedimientos aplicables del Centro, en un formato no encriptado.

También autorizo al Centro a comunicarse conmigo (ya sea para proporcionar ePHI o de otro tipo) por correo electrónico, mensajes de texto, fax, llamadas telefónicas o a través de otros tipos de medios de comunicación de manera no encriptada.

Entiendo y reconozco que estos tipos de comunicaciones y la ePHI que se me transmite y no está encriptada están sujetas a un riesgo de interceptación y/o acceso no autorizado por parte de terceros, incluidos, entre otros, mi empleador, si utilizo correo electrónico del trabajo para las comunicaciones que se describe aquí. Entiendo y acepto que el Centro no será responsable o estará obligado por la interceptación o acceso no autorizado a mi ePHI o correo electrónico proporcionada o transmitido a mí por el Centro en un formato que no está encriptado, el Centro no es responsable por salvaguardar la ePHI que se me proporcionó y que no estaba encriptada (*por ejemplo*, si se utiliza un CD-ROM u otro dispositivo para proporcionarme ePHI no encriptada).

El Centro tiene derecho a negarse a proporcionarme ePHI en medios portátiles externos proporcionados por mí (por ejemplo, CD-ROM o una unidad flash) si el Centro determina que hay un nivel inaceptable de riesgo para sus sistemas y la seguridad por la utilización de tales medios portátiles externos, cuando el Centro haya hecho esta determinación utilizará el correo electrónico para comunicarse y proporcionarme ePHI.

Todos los términos en mayúscula utilizados y no definidos de otra manera en esta Autorización tendrán los significados establecidos en la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) y/o sus correspondientes reglamentos.

DIRECTIVAS POR ADELANTADO

Aunque el Jefferson Center y su terapeuta proveen servicios de salud mental, la ley federal exige que le informemos a los clientes adultos con Medicaid sobre las leyes de Colorado, relacionadas con el derecho a tomar decisiones de asistencia médica y las directivas por adelantado. Su proveedor proporcionará asistencia médica conductual ya sea que usted tenga o no una directiva por anticipado.

¿Qué es una Directiva Médica por Adelantado? Las Directivas por adelantado son instrucciones escritas que expresan su voluntad sobre los tipos de asistencia médica que desea recibir en caso de emergencia. En Colorado las Directivas médicas por adelantado incluyen:

- Poder médico duradero: Nombra a una persona de su confianza para tomar decisiones médicas en su representación, si usted no puede hablar por sí mismo.
- El Testamento vital: Le dice a su médico qué tipo de procedimientos de soporte de vida quiere y los que no quiere.
- Resucitación Cardiopulmonar (CPU). Directiva u orden de no resucitar: Le dice al personal médico que no lo reviva si su corazón o sus pulmones dejan de funcionar.

Su prestador le preguntará si tiene una directiva por anticipado. Si lo desea, su médico pondrá una copia de su Directiva por anticipado en su historia clínica. Si un médico no cumple con su Directiva por anticipado, puede llamar al Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado al teléfono 303-692-2980. Para obtener más información sobre las directivas por anticipado puede llamar al Defensor del cliente y su familia del Jefferson Center al teléfono 303-425-0300, línea gratuita 1-800-201-5264 o TTY al 303-432-5540.

Si tiene Medicaid, también puede llamar a la Oficina de asuntos del asociado y su familia (Office of Member and Family Affairs) en Foothills Behavioral Health Partners al teléfono 303-432-5956.

EXÁMENES DE CONTROL DEL NIÑO (EPSDT)

Para clientes de Medicaid menores de 21 años, estamos obligados a preguntar si se identificó algún problema de salud mental en la última consulta médica o examen de control del niño. Queremos tratar los problemas que se identificaron y coordinar la atención con su médico de cabecera (PCP, por su sigla en inglés). Si proporciona el nombre del médico de cabecera de su hijo (PCP), Jefferson Center se contactará con él para recibir esa información. Si a su hijo no le realizaron el examen de control del niño durante el último año, el terapeuta le recomendará que programe una consulta. Si no tiene un médico de cabecera o desea tener uno nuevo, puede comunicarse con "Health Colorado for Assistance" en Denver 303-839-2120; fuera de Denver, a la línea gratuita 1-888-367-6557; TTY (para hipoacúsicos): 1-888-876-8864.

Acuerdo organizado de atención médica ("OHCA")

Metro Community Provider Network, Inc. ("MCPN"), Jefferson Center for Mental Health ("JCMH"), Aurora Comprehensive Community Mental Health Center, Inc. d/b/a Aurora Community Mental Health Center, Inc. (AUMHC), Arapahoe Mental Health Center, Inc. d/b/a Arapahoe/Douglas Mental Health Network (ADMHN) y Arapahoe House, Inc. ("Arapahoe House") acordaron formar y firmar un acuerdo organizado de atención médica (la "Atención integrada OHCA"). Los miembros de Atención integrada OHCA pueden compartir su información de salud con otros miembros de Atención integrada OHCA para proporcionar tratamiento, pagos y operaciones de atención médica para tratar de la mejor manera sus necesidades de atención médica.

Cómo usaremos y revelaremos su información de salud

Los miembros de Atención integrada OHCA acordaron brindar a cualquier participante (1) un ambiente de atención clínicamente integrada en donde los pacientes pueden recibir servicios de atención médica de más de un proveedor; o (2) en un acuerdo conjunto, realizar como mínimo una de las siguientes actividades conjuntas: (a) revisión de utilización, en la cual los miembros de la Atención integrada OHCA revisan las decisiones de atención médica de los otros miembros (o tienen un tercero para que lo realice); (b) evaluaciones de calidad y actividades de mejoras, en las cuales se evaluará el tratamiento provisto por los miembros de Atención integrada OHCA por otros miembros de Atención integrada OHCA (o un tercero en su representación); (c) actividades de pago, si el riesgo financiero por prestar atención médica se comparte, parcial o totalmente, entre los miembros de Atención integrada OHCA y si la PHI creada o recibida por una institución cubierta es revisada por otros miembros de OHCA o por terceros en su representación con el propósito de administrar el riesgo financiero compartido.

Intercambio de información de salud

El Jefferson Center for Mental Health avala, apoya y participa en el Intercambio electrónico de información médica (HIE, por sus sigla en inglés) con CORHIO como herramienta dirigida a mejorar la calidad de su experiencia sanitaria y de atención médica. La HIE nos proporciona una manera segura y eficaz para compartir electrónicamente la información clínica del paciente con otros médicos y proveedores de atención médica que integran la red de HIE. La HIE también les permite al personal médico de emergencia y a otros proveedores que lo tratan, tener acceso inmediato a sus datos médicos que podrían ser esenciales para su atención. Poner a disposición de sus proveedores de atención médica su información de salud mediante la HIE también ayuda a reducir sus costos al eliminar la duplicación de análisis y procedimientos.

Puede escoger no participar en el HIE de CORHIO firmando el formulario de exclusión, o cancelar la opción de exclusión en cualquier momento.