

Este Aviso describe como su información médica podría ser utilizada y divulgada y como usted puede tener acceso a esta información. Este Aviso se aplica al Partnership for Strong Families, Inc. (Alianza para Familias Fuertes) y sus Socios Comerciales contratados y Subcontratistas. Por favor revise cuidadosamente.

|                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| <b>Sus Derechos</b>      | <p>Usted tiene el derecho a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtener una copia de sus expedientes médicos en papel o formato electrónico</li> <li>• Corregir su expediente médico en papel o electrónico</li> <li>• Solicitar comunicación confidencial</li> <li>• Solicitar que limitemos la información que compartimos</li> <li>• Elegir a alguien que actúe en su nombre</li> <li>• Recibir notificaciones de violaciones</li> <li>• Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información</li> <li>• Obtener una copia de este Aviso de Privacidad</li> <li>• Presentar una queja si usted cree que sus Derechos de Privacidad han sido violadas</li> </ul>   | <p>Véase más abajo para más acerca de estos derechos y como ejercerlos.</p> |
| <b>Sus Opciones</b>      | <p>Usted tiene algunas opciones en la manera en que utilizamos y compartimos información al:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Al contarle a familiares y amigos acerca de su condición</li> <li>• Proveer ayuda ante desastres</li> <li>• Incluirlo en un directorio (si procede)</li> <li>• Proveer cuidado de salud mental</li> <li>• Comercializar nuestros servicios y vender su información</li> <li>• Recaudar fondos</li> </ul>  | <p>Véase más abajo para más acerca de estas opciones y como ejercerlas.</p> |
| <b>Uso y Divulgación</b> | <p>Nosotros podríamos usar y compartir su información cuando nosotros</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le damos tratamientos</li> <li>• Dirigimos nuestra organización</li> <li>• Facturamos por servicios</li> <li>• Trabajamos con nuestros Socios Comerciales contratados y Subcontratistas</li> <li>• Ayudamos con problemas de salud pública y/o seguridad pública</li> <li>• Hacemos investigaciones</li> <li>• Cumplimos con la ley</li> <li>• Respondemos a solicitudes de donaciones de órganos y tejidos</li> <li>• Respondemos a demandas y acciones legales</li> <li>• Trabajamos con un examinador médico y director de funeraria</li> <li>• Respondemos a solicitudes de compensación de los trabajadores, agencias de supervisión médica, organismos policiales y otras solicitudes gubernamentales</li> <li>• Agencias gubernamentales proporcionando beneficios o servicios</li> </ul> | <p>Véase más abajo para más acerca de estas opciones y como ejercerlas.</p> |

**¿QUÉ ES INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)?** Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) es información que podría permitir que una persona que lea u oiga la información le identifique individualmente. Suele nombrarse como "información de salud individualmente identificable", esto se refiere a

- su condición o salud física o mental pasada, presente, o futura;
- la provisión de cuidado de salud recibida por usted;
- el pago pasado, presente o futuro por la provisión de cuidado o servicios de salud a usted; o
- su Información Genética

| Sus Derechos  | En cuanto a su información de salud, usted tiene ciertos derechos.  |
|---|---|
| <b>Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico</b> | <p>Usted o su designado puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• médico u otra información de salud que tengamos de usted. Su solicitud debe ser presentada por escrito a la oficina del programa o al proveedor de servicio que mantiene sus registros.</li> <li>• Nosotros le proporcionaremos una copia o resumen de su información de salud, usualmente 30 días después de su solicitud. Nosotros podríamos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.</li> <li>• No se nos impone por ley permitirle ver o hacer copias de notas de psicoterapia, información preparada para el uso en acciones o procedimientos legales, o donde el acceso sea prohibido por ley.</li> </ul> |
| <b>Pedir corregir su expediente médico</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted nos puede pedir que corrijamos su información de salud que usted crea está incorrecta o incompleta. Su solicitud debe ser presentada por escrito a la oficina del programa o al proveedor de servicio que mantiene sus registros.</li> <li>• Nosotros podríamos decir "no" a su solicitud, pero le daremos la razón por escrito en 60 días.</li> </ul>   |
| <b>Solicitar comunicación confidencial</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted nos puede pedir que lo contactemos de manera específica (por ejemplo, si usted es un cliente recibiendo tratamiento ambulatorio, usted puede solicitar que le contactemos en su lugar de trabajo o por correo electrónico) o que enviemos correo a una dirección diferente. Su solicitud debe ser presentada por escrito a la oficina del programa o al proveedor del servicio que mantiene sus registros.</li> <li>• Nosotros podríamos decir "no" a su solicitud, pero le daremos la razón por escrito en 60 días</li> </ul>   |
| <b>Pedir limitar lo que utilizamos o compartimos</b>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted nos puede pedir que no utilicemos o compartamos cierta información de salud. No se nos requiere que aceptemos su petición, y podríamos decir "no" si perjudicaría su cuidado.</li> <li>• Usted nos puede pedir que no compartamos cierta información de salud con miembros familiares. No se nos requiere que aceptemos su petición y podríamos decir "no" si perjudicaría su cuidado.</li> <li>• Estas peticiones deben ser presentadas por escrito a la oficina del programa o al proveedor del servicio que mantiene sus registros.</li> </ul>  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Elegirá alguien que actúe por usted</b>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Si usted le ha dado el poder notarial médico a alguien o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Su solicitud debe ser presentada por escrito a la oficina del programa del proveedor del servicio que mantiene sus registros.</li> <li>Nosotros nos aseguraremos que la persona tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.</li> </ul>   |
| <b>Recibir notificaciones de violaciones</b>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Usted recibirá una notificación si hay alguna violación de su información de salud protegida (PHI) que no está asegurada.</li> </ul>   |
| <b>Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Usted puede pedir un listado (Contabilización de la Divulgación de Información) de las veces que hemos compartido su información de salud hasta seis años antes de la fecha de su solicitud, con quién lo compartimos y por qué. (Nota: el listado no incluirá cualquier uso o divulgación hecho antes del 14 de abril 2003.) Su solicitud debe ser presentada por escrito a la oficina del programa o al proveedor de servicio que mantiene sus registros.</li> <li>Nosotros incluiremos todas las divulgaciones con excepción de aquellas acerca del tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud y ciertas divulgaciones (como las que usted nos pidió que hicéramos). Nosotros proveeremos una Contabilización de la Divulgación de Información gratis al año, pero podría incurrir un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro antes de cumplir los doce meses.</li> </ul>  |
| <b>Obtener una copia de este Aviso de Privacidad</b>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Usted puede pedir una copia en papel de este Aviso en cualquier momento, aún si usted ha acordado recibir el Aviso electrónicamente. Por favor contacte la oficina, instalación o programa dónde usted recibe servicios y le proveeremos una copia en papel inmediatamente.</li> <li>Usted también puede ver y descargar una copia de este Aviso entrando a: <a href="http://www.pfsf.org/forms/">http://www.pfsf.org/forms/</a></li> </ul>  |
| <b>Presente una queja si usted siente que sus derechos han sido violados</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Si usted siente que nosotros hemos violado sus derechos, usted puede presentar una queja enviando una carta al:<br/><br/>           Complaints Officer<br/>           Partnership for Strong Families, Inc.<br/>           2850 NW 43RD ST STE 200 GAINESVILLE FL 32606-6966         </li> <li>O usted puede presentar una queja enviando una carta dirigida a la<br/><br/>           Florida Department of Children and Families,<br/>           Office of Civil Rights, HIPAA Privacy Officer,<br/>           1317 Winewood Boulevard, Building 1, Room 110,<br/>           Tallahassee FL 32399-0700, Tel. 850-487-1901 Fax 850-921-8470         </li> <li>O usted puede presentar una queja enviando una carta dirigida a la<br/><br/>           US Dept. of Health and Human Services, Office for Civil Rights<br/>           200 Independence Avenue SW, Washington DC 20201<br/>           o llamando al 1-877-696-6775,<br/>           o visitando <a href="http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/">www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/</a></li> <li>No tomaremos represalias en contra suya por presentar una queja.</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
| <b>Sus Opciones</b>  | <p>Por cierta información de salud, usted nos puede decir sus decisiones acerca de lo que compartimos. Si usted tiene una preferencia clara acerca de cómo compartimos su información en las situaciones descritas previamente, cuéntenos. Díganos lo que usted quiere que hagamos y nosotros seguiremos sus instrucciones.</p>  |
| <b>En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Compartamos información con su familia, amigos cercanos y otros involucrados en su cuidado.</li> <li>Compartamos información en una situación de ayuda por causa de desastre. Si usted no puede decírnos su preferencia, por ejemplo, si usted no está consciente, nosotros podríamos compartir su información si creemos que está en su mejor interés.</li> <li>Nosotros también podríamos compartir su información cuando tengamos que disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad.</li> </ul> |
| <b>En estos casos, nosotros nunca compartimos su información a menos que usted nos haya dado autorización por escrito:</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Fines comerciales.</li> <li>Venta de su información.</li> <li>La mayoría de notas compartidas de psicoterapia.</li> </ul>   |
| <b>En el caso de recaudación de fondos:</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nosotros podríamos contactarlo por razones de recaudación de fondos, pero usted nos puede decir que no lo contactemos de nuevo.</li> </ul>  |
| <b>Uso y Divulgación</b>   | <p>¿Cómo usamos o compartimos su información de salud típicamente? Típicamente, nosotros usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras. Por favor note que no todos los tipos de usos y divulgaciones pueden ser descritos o enumerados en este Aviso.</p>  |
| <b>Tratamiento</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nosotros podemos utilizar su información de salud y compartirlo con otros profesionales que le están dando tratamientos y coordinan servicios que usted podría necesitar.</li> </ul> <p>Ejemplo: Un doctor que lleva a cabo una evaluación clínica podría hablar con otro doctor acerca de su condición de salud general.</p>   |
| <b>Dirigir nuestra organización</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nosotros podemos utilizar y compartir su información de salud para dirigir nuestra organización, mejorar su cuidado y contactarlo cuando sea necesario.</li> </ul> <p>Ejemplo: Nosotros utilizamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.</p>   |
| <b>Facturaciones por sus servicios</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nosotros podemos utilizar y compartir su información de salud para facturar y obtener pago de los planes de salud y otras entidades.</li> </ul> <p>Ejemplo: Nosotros damos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que ellos paguen por sus servicios.</p>  |
| <b>Trabajar con nuestros Socios Comerciales contratados y Subcontratistas</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Partnership for Strong Families, Inc. (Alianza para Familias Fuertes) contrata con individuos, otras agencias y empresas para llevar a cabo algunos de los servicios por los cuales somos responsables. Unos ejemplos incluyen agencias de cuidado comunitario, agencias de manejo de casos, centros de tratamientos de salud mental y vendedores de tecnología.</li> </ul>   |

**¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir su información de salud?** Se nos permite o requiere compartir su información durante investigaciones, determinaciones de elegibilidad, al proveer cuidado, servicios u otros beneficios, y en otras formas — usualmente en formas que contribuyen para el beneficio público, tal como la salud e investigación pública. Nosotros tenemos que reunir varias condiciones de la ley antes que podamos compartir su información para estos propósitos. Para más información visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

|   |  |
|---|--|
| <b>Ayuda con problemas de salud y seguridad pública</b>   | Nosotros podemos compartir información de salud suya en caso de ciertas situaciones tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La prevención de enfermedades</li> <li>• Asistiendo con la retirada de productos</li> <li>• El reporte de reacciones adversas a medicamentos</li> <li>• El reporte de la sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica</li> <li>• La prevención o reducción de una amenaza seria a la salud o seguridad de alguna persona</li> </ul>   |
| <b>Para investigaciones</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nosotros podemos utilizar o compartir su información por razones de investigaciones de salud.</li> </ul>  |
| <b>Cumplimiento con la ley</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nosotros compartiremos información suya si las leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si ellos quieren confirmar que estamos cumpliendo con la ley de privacidad federal.</li> </ul>   |
| <b>Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nosotros podemos compartir su información de salud con organizaciones de adquisición de órganos.</li> </ul>   |
| <b>Responder a demandas y acciones legales</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nosotros podemos compartir su información de salud en respuesta a un mandato judicial o administrativo o en respuesta a una citación.</li> </ul>  |
| <b>Trabajar con un examinador médico o director de funeraria</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nosotros podemos compartir información de salud con un médico forense, examinador médico o director de funeraria cuando un individuo fallece.</li> </ul>  |
| <b>Responder a solicitudes de compensación de trabajadores, agencias policiales y otras solicitudes gubernamentales</b> | <p>Nosotros podemos utilizar o compartir su información por las siguientes razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para reclamos de compensación de trabajadores</li> <li>• Para fines policiales, con un funcionario policial o institutos correccionales</li> <li>• Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley</li> <li>• Para funciones gubernamentales especiales, tal como servicios militares, de seguridad nacional y servicios protectores presidenciales</li> </ul> |
| <b>Agencias gubernamentales que proporcionan beneficios o servicios</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nosotros podemos compartir su información de salud con otras agencias o programas gubernamentales que le proporcionan servicios o beneficios similares a usted si la adquisición de dicha información es necesaria para coordinar la entrega de sus servicios o beneficios o mejora nuestra capacidad de administrar o gestionar el programa.</li> </ul>  |



Notice of Privacy Practices, Spanish Language Edition  
**Aviso de las prácticas de privacidad**

## Nuestras Responsabilidades

- Se nos requiere por ley mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida (PHI).
- Nosotros le notificaremos inmediatamente si ocurrió una violación que podría haber comprometido la privacidad o seguridad de su PHI.
- Nosotros debemos seguir las normas y prácticas de privacidad descritas en este Aviso y proporcionarle una copia de las mismas.
- Nosotros no utilizaremos o compartirímos su información de ninguna forma que no sea especificada aquí a menos que usted nos lo autorice por escrito. Si usted nos lo autoriza, usted puede cambiar de opinión a cualquier hora. Déjenos saber por escrito si cambia de opinión

Para más información entre a: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

## Cambios a los Términos de este Aviso

Nosotros podemos cambiar los términos de este Aviso y los cambios aplicarán a toda la información que tenemos suya. El Aviso nuevo estará disponible a petición en nuestra oficina y en nuestro sitio web entrando a: <http://www.pfsf.org/forms/>

## Oficial de privacidad de Partnership for Strong Families, Inc.

Privacy Officer, Information Technology Department, Partnership for Strong Families, Inc.  
2850 NW 43RD ST STE 200 GAINESVILLE FL 32606-6966

**Efectivo: 12/01/2025**