



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA (“AVISO”)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA/
DE SALUD SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN.

REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Fecha de entrada en vigor: 16 de febrero de 2026

Tuscola Behavioral Health Services (“TBHS”, “nosotros” o “nos”) participa en un Acuerdo de Atención Médica Organizada (OHCA, por sus siglas en inglés) con Mid-State Health Network (MSHN), junto con las siguientes organizaciones:

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

TBHS y los demás miembros del OHCA de MSHN están obligados, conforme a la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), en su versión modificada por la Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH) de 2009, a proteger su privacidad, seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso y proporcionarle una copia de este. A los efectos de este Aviso, el término “HIPAA” incluye HITECH.

HIPAA permite el intercambio de información entre organizaciones que forman parte de un OHCA con el fin de coordinar la atención médica. Este acuerdo permite específicamente lo siguiente (Sección 160.103 de HIPAA): “Un entorno de atención integrado clínicamente en el que las personas suelen recibir atención de más de un proveedor de salud, o un sistema organizado de atención médica en el que participan más de una entidad cubierta, y en el cual las entidades participantes:

- Se presentan ante el público como participantes en un acuerdo conjunto.
- Participan en actividades conjuntas que incluyen al menos una de las siguientes:
 - **Revisión de utilización**, en la cual las decisiones de atención médica de las entidades participantes son revisadas por otras entidades participantes o por un tercero en su nombre.
 - **Actividades de evaluación y mejora de la calidad**, en las cuales los tratamientos proporcionados por las entidades participantes son evaluados por otras entidades participantes o por un tercero en su nombre.

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

TBHS entiende que la información sobre usted y su salud es personal. Nos comprometemos a proteger su información de salud. Cuando usted se comunica con TBHS o recibe servicios de TBHS o de una agencia dentro de nuestra red de proveedores, generalmente se crea un registro. Este registro contiene “información demográfica”, como: nombre, número de teléfono, número de seguro social, fecha de nacimiento e información del seguro de salud. Este registro también contiene otra información relacionada con sus servicios, como cualquier problema de salud que pueda tener, su plan de atención y la información sobre su tratamiento, incluyendo diagnóstico, objetivos del tratamiento, progreso, etc. Toda esta información se conoce como información de salud protegida (PHI) y se utiliza para diversos fines.

Este Aviso le informará sobre las formas en que su información de salud física y conductual puede ser utilizada y divulgada. También le informará sobre nuestras responsabilidades y sus derechos en relación con el uso y la divulgación de su información de salud.

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE PRIVACIDAD

TBHS y sus proveedores, así como aquellas entidades que forman parte del Acuerdo de Atención Médica Organizada de MSHN, pueden compartir información de salud sobre usted con el fin de coordinar la atención médica sin necesidad de una autorización. Según las normas de HIPAA y el Código de Salud Mental de Michigan, TBHS también puede usar y divulgar información de salud protegida, con ciertas limitaciones y protecciones, para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica sin necesidad de una autorización. Si nos autoriza a divulgar su historial médico, o partes del mismo, puede cambiar de opinión al respecto en cualquier momento y cancelar (revocar) su autorización, pero debe informarnos por escrito, ya sea firmando un formulario de revocación o entregándonos una declaración escrita firmada que cancele su autorización. Si revoca su autorización, esto solo se aplicará a las divulgaciones futuras y no a las que ya se hayan divulgado.

Existen leyes y normas estatales y federales adicionales que pueden proteger aún más su información privada, como el Código de Salud Mental de Michigan, el Código de Salud Pública de Michigan y las normas federales que protegen los programas y registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, como se explica con más detalle a continuación.

En caso de que se descubra una violación de su información de salud protegida (PHI), se le notificará según lo exige la ley. Se produce una violación de seguridad cuando su información de salud protegida (PHI) se ha utilizado o divulgado de maneras no permitidas por la ley.

INFORMACIÓN SOBRE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

TBHS no divulga ninguna información relativa a los registros de tratamiento por trastornos por consumo de sustancias sin su autorización firmada, a menos que la ley lo exija. La divulgación de información relativa a

los historiales de tratamiento por trastornos por consumo de sustancias está sujeta a leyes federales y estatales adicionales. Si existe una ley más restrictiva que la HIPAA, se aplica el estándar más estricto. Los registros de tratamiento por trastornos por uso de sustancias están protegidos específicamente por las Normas Federales establecidas en 42 CFR Parte 2 (“registros de la Parte 2”).

- **Protecciones de privacidad mejoradas.** Los registros de trastornos por consumo de sustancias están sujetos a normas federales de confidencialidad más estrictas que otra información sanitaria. En muchos casos, estos registros no pueden utilizarse ni divulgarse, ni siquiera para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, sin la autorización por escrito del individuo (un “Consentimiento General”).
- **Divulgación adicional de los registros de la Parte 2.** Si recibimos sus registros de la Parte 2 de otro proveedor o clínica, podemos volver a divulgarlos sin su consentimiento, en la medida en que las regulaciones HIPAA permitan dicha divulgación y de acuerdo con el Consentimiento General que acompaña a los registros de la Parte 2.
- **Limitaciones de uso en procedimientos legales.** No utilizaremos ni divulgaremos sus registros Parte 2, ni proporcionaremos testimonio que describa la información contenida en dichos registros, en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo por parte de autoridades federales, estatales o locales en su contra, salvo que usted proporcione una autorización escrita adicional (“consentimiento específico”) o que un tribunal emita una orden válida tras la debida notificación y oportunidad de audiencia.
- **Revocación del consentimiento para las divulgaciones de la Parte 2.** Usted tiene derecho a revocar su consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que TBHS haya actuado basándose en dicho consentimiento. Puede revocar su consentimiento por escrito enviando un correo a MedicalRecords@tbhs.net.
- **Recaudación de fondos.** TBHS no divulgará registros de tratamiento de trastornos por uso de sustancias con fines de recaudación de fondos.

Los derechos adicionales del paciente que se describen en este Aviso se aplican a toda la información médica, incluidos los registros de la Parte 2.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED SIN SU CONSENTIMIENTO

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar información médica o de salud mental sin su consentimiento previo por escrito.

- **Para tratamiento.** Podemos utilizar su información para coordinar, proporcionar y gestionar su atención médica y cualquier otro servicio relacionado. Esto puede incluir la coordinación del tratamiento con otra persona, como un médico o un terapeuta. También podríamos ponernos en contacto con usted para recordarle sus citas e informarle sobre las posibles opciones de tratamiento.
- **Para pago.** Podemos utilizar y divulgar información sobre usted para que el tratamiento y los servicios que reciba puedan facturarse a usted, a una compañía de seguros o a un tercero, y para que se pueda cobrar el pago. Por ejemplo, es posible que tengamos que proporcionar a su plan de salud información sobre el tratamiento que recibe para que su plan de salud nos pague o le reembolse dicho tratamiento. También podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener la aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.
- **Para operaciones de atención médica.** Podemos utilizar y divulgar información sobre usted para mantener o mejorar los servicios. Estos usos y divulgaciones son necesarios para garantizar que

todos nuestros consumidores reciban una atención de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar la información para revisar nuestros tratamientos y servicios, así como para evaluar el desempeño de nuestro personal. También podemos combinar información sobre muchos consumidores para decidir qué servicios adicionales se deben ofrecer, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son eficaces. También podemos divulgar información a profesionales clínicos, médicos, enfermeros, estudiantes y otro personal que trabaje para la agencia con fines de revisión y aprendizaje.

- **Socios comerciales.** En nuestra organización, algunos servicios se prestan mediante contratos con socios comerciales. Por ejemplo, es posible que la enfermera tenga que enviar una muestra de sangre a un laboratorio para que la analicen antes de administrarle un medicamento. El laboratorio no forma parte de la agencia, pero mantendremos una relación comercial con él. Cuando se contrata algún servicio, podemos divulgar su información de salud para que puedan realizar el trabajo que les hemos solicitado y facturarle a usted o a su plan de salud. Sin embargo, para proteger su información de salud, exigimos que el socio comercial salvaguarde adecuadamente su información.
- **Investigación.** En determinadas circunstancias, Mid-State Health Network está autorizada a compartir su información de maneras generalmente relacionadas con la salud pública y la investigación; sin embargo, debemos cumplir con muchas más condiciones según la ley antes de poder utilizar su información para esos fines. Para obtener más información al respecto, visite el siguiente sitio web: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html>.
- **Según lo exige la ley.** En ocasiones, nos vemos obligados a revelar parte de su información sin su autorización firmada si las leyes estatales o federales así lo exigen. Dichas revelaciones suelen estar relacionadas con uno de los siguientes temas:
 - en caso de emergencia médica: no poder entregarle una copia de este Aviso de Privacidad hasta después de que reciba atención;
 - para prevenir, controlar o notificar determinadas enfermedades (por ejemplo, el VIH/SIDA), lesiones, discapacidades o muertes;
 - para alertar a las autoridades estatales o locales si creemos que usted es víctima de abuso infantil o de adultos, negligencia o violencia doméstica;
 - para alertar a las autoridades o al personal médico si creemos que alguien corre riesgo de sufrir lesiones por medio de la violencia;
 - para cumplir con los organismos de supervisión sanitaria en asuntos como auditorías, revisiones civiles o administrativas, procedimientos, inspecciones, actividades de concesión de licencias o para demostrar que cumplimos con las leyes federales de privacidad;
 - para responder a una orden judicial o administrativa, una orden de arresto o una citación, siempre que sea emitida por una autoridad judicial u otra solicitud administrativa debidamente autorizada o requerimiento de investigación;
 - para reportar un delito ocurrido en las instalaciones de la organización a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley;
 - para proporcionar información a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley;
 - para permitir a funcionarios federales autorizados brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de Estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones especiales;
 - para proporcionar información a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias.
- **Personas involucradas en su atención o en el pago de esta.** Salvo que usted se oponga y nos lo comunique, podremos divulgar información médica sobre usted a un amigo o familiar que participe en su atención médica o que sea responsable del pago de esta.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN

Las siguientes categorías describen cuándo se requiere su autorización antes de la divulgación de información. La divulgación de la información debe ser coherente con la autorización otorgada.

- **Notas de psicoterapia.** Una entidad cubierta debe obtener una autorización para cualquier uso o divulgación de notas de psicoterapia, excepto:
 - Para llevar a cabo los siguientes tratamientos, pagos u operaciones de atención médica:
 - uso por parte del autor de las notas de psicoterapia para el tratamiento;
 - uso o divulgación por parte de la entidad cubierta para sus propios programas de capacitación en los que estudiantes, aprendices o profesionales de la salud mental aprenden bajo supervisión a practicar o mejorar sus habilidades en consejería grupal, conjunta, familiar o individual; o
 - uso o divulgación por parte de la entidad cubierta para defenderse en una acción legal u otro procedimiento iniciado por el individuo; y
- **VIH/SIDA.** Excepto cuando lo exija la ley (*es decir,*, para “actividades de salud pública”), la ley de Michigan (MCL 333.5131) impone restricciones adicionales sobre el uso y la divulgación de información de salud protegida relacionada con afecciones de VIH/SIDA que pueden requerir una autorización escrita específica del individuo o de su padre (si es menor de edad) o representante legal.
- **Marketing.** Una entidad cubierta debe obtener autorización para cualquier uso o divulgación de información de salud protegida con fines de marketing, excepto si la comunicación se realiza en forma de:
 - una comunicación cara a cara realizada por una entidad cubierta a un individuo; o
 - un obsequio promocional de valor nominal proporcionado por la entidad cubierta.
 - Si la actividad de marketing implica una remuneración económica para la entidad cubierta por parte de un tercero, la autorización debe indicar que existe dicha remuneración.
- **Venta de información sanitaria protegida.**
 - Una entidad cubierta debe obtener una autorización para cualquier divulgación de información de salud protegida que sea una venta de información de salud protegida, según se define en el § 164.501 de esta subparte. (ii) Dicha autorización debe indicar que la divulgación resultará en una remuneración para la entidad cubierta.

SUS DERECHOS RESPECTO A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD FÍSICA/CONDUCTUAL

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

- **Derecho a inspección y copia.** Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener copias de la información de su expediente que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su atención médica. Usted tiene derecho a solicitar que la copia se le proporcione en formato electrónico. Si el formulario y el formato que solicita no se pueden producir fácilmente, trabajaremos con usted para proporcionárselo en un formato electrónico razonable. Por lo general, esto incluye los registros médicos y de facturación, pero puede que no incluya las notas de psicoterapia.

Para inspeccionar y copiar información que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre usted, debe presentar su solicitud por escrito. Si solicita una copia de la información, es posible que le

cobremos una tarifa para cubrir los costos de copiado, envío por correo u otros materiales relacionados con su solicitud.

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

- **Derecho a modificar su registro:** Si considera que su información de salud personal o su historial de tratamiento es incorrecto o que falta una parte importante, tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos su registro de tratamiento. Debe presentar su solicitud y el motivo de esta por escrito.
- **Derecho a un informe de divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar un “informe de divulgaciones”. Esta es una lista de las divulgaciones que hemos hecho, distintas de las que se incluyen en este aviso, de información sobre usted.
 - Para solicitar esta lista de información contable divulgada, debe presentar su solicitud por escrito. En su solicitud deberá indicar un período de tiempo que no podrá ser superior a seis años anteriores a la fecha de su solicitud. En su solicitud deberá indicar en qué formato desea recibir la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). Las divulgaciones que usted autorizó por escrito, las divulgaciones internas rutinarias, como las que se realizan al personal cuando se le prestan servicios, o las divulgaciones realizadas en relación con el pago son ejemplos de divulgaciones que no se incluyen en la contabilidad. El informe contable indicará la fecha de la divulgación, el propósito para el cual se divulgó su información de salud protegida y una descripción de la información divulgada. Si el servicio de contabilidad tiene algún coste, se le informará del importe antes de que se realice.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar que su información de salud protegida no sea compartida o a solicitar una restricción o limitación sobre la información que usamos o divulgamos sobre usted. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos negarnos si ello afectara a su atención médica.

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

- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera determinada o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted únicamente en su lugar de trabajo o únicamente por correo postal.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe realizar su solicitud por escrito. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Atenderemos todas las peticiones razonables. En su solicitud, debe especificar cómo o dónde desea que nos pongamos en contacto con usted.

- **Derecho a solicitar que alguien actúe en su nombre.** Usted tiene derecho a elegir a alguien para que actúe en su nombre. Si le ha otorgado a alguien un poder notarial para asuntos médicos, o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud tal como lo haría usted. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar legalmente en su nombre antes de responder a cualquier solicitud de este tipo.
- **Copia de este Aviso.** Usted tiene derecho a recibir una copia de nuestro Aviso vigente.

- **Notificación de incumplimiento.** Usted tiene derecho a ser notificado por escrito si existe una violación de la privacidad o la seguridad relacionada con su información de salud protegida (PHI).

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho a modificar este aviso. Nos reservamos el derecho de aplicar el aviso revisado o modificado tanto a la información médica que ya tenemos sobre usted como a cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en todas las oficinas de la agencia y en nuestro sitio web. Este aviso incluirá, en la primera página, en la esquina superior derecha, la fecha de entrada en vigor.

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

QUEJAS SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD/INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede solicitar más información o presentar una queja por escrito ante TBHS, ante Mid-State Health Network o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, como se detalla a continuación.

Tuscola Behavioral Health Services
323 N. State Street
Caro MI 48723
ATENCIÓN: Oficial de Cumplimiento
(989) 673-6191

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

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos
Oficina de Derechos Civiles
Operaciones centralizadas de gestión de casos
200 Independence Avenue, S.W.
Room 515F, HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019
TDD: (800) 537-7697
Fax (202) 619-3818

También puede presentar su queja ante la Oficina de Derechos Civiles del HHS de forma electrónica en OCRComplaint@hhs.gov o a través del Portal de Quejas de la OCR en [Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos - Oficina de Derechos Civiles](#).

No se lo podrá intimidar, amenazar, coaccionar, discriminar ni someter a ninguna otra acción de represalia por presentar una queja; testificar, asistir o participar en una investigación, revisión de cumplimiento, procedimiento o audiencia; ni por oponerse a cualquier acto o práctica que, de buena fe, se considere ilegal.