



Academic & Staff Assistance Program

**UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA, SANTA BARBARA- AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD
ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO LA INFORMACION DE SALUD MENTAL ACERCA DE USTED PUEDE
SER UTILIADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION.
POR FAVOR LEA ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE.**

La universidad de California, incluyendo El Programa de Asistencia Académica y Del Personal (Academic & Staff Assistance Program) en UCSB, es una institución dedicada a la enseñanza y a la investigación. Los residentes y los estudiantes de pre-grado y post-grado pueden participar en su cuidado como parte de los programas de educación y entrenamiento en atención a la salud mental de la institución. Todo el cuidado es inspeccionado y supervisado por un profesional de salud mental licenciado. Toda la información que describe su tratamiento de salud mental y los servicios médicos relacionados (“información de salud mental”) es personal, y nosotros estamos comprometidos a proteger la privacidad de su información. Es un requisito de la ley que mantengamos la confidencialidad de la información que lo identifica y del cuidado que usted recibe. Cuando nosotros le damos la información a otras personas y a compañías que realizan servicios para nosotros, también les requerimos que protejan su privacidad. Este aviso se aplica a su consejero, psicoterapeuta, psiquiatra y a otros profesionales relacionados con la atención que usted haya recibido. Nosotros también debemos proporcionar ciertas protecciones para su información relacionada con diagnóstico y tratamiento médico, incluyendo HIV/SIDA, y la información sobre el abuso del alcohol y drogas. Es requerido que le demos este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, sus derechos y nuestras responsabilidades legales.

PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACION DE SALUD MENTAL:

Para TRATAMIENTO Por ejemplo, podemos dar la información sobre su condición psicológica a otros proveedores de servicios de salud para facilitar su tratamiento, remisiones o consultas.

Para PAGOS Por ejemplo, podemos contactar a su seguro médico para verificar los servicios para los que usted es elegible, para obtener autorización previa, y para recibir los pagos de su seguro médico.

Para OPERACIONES de los servicios Por ejemplo, damos información al personal de los servicios psicológicos y médicos de la Universidad para evaluar la calidad del cuidado proporcionado, para la mejora del funcionamiento o para el entrenamiento de los profesionales de salud mental.

Para CITAS Y SERVICIOS Para recordarle de su cita, o decirle de otras alternativas de tratamiento, o beneficios y servicios.

Para PERSONAS QUE PARTICIPAN EN SU CUIDADO Como sus padres, si usted es un menor de edad, o su guardián conservador.

CON SU CONSENTIMIENTO ESCRITO Nosotros podemos divulgar la información de salud mental para propósitos no descriptos en este aviso con solo su autorización escrita.

PODEMOS UTILIZAR SU INFORMACION DE SALUD MENTAL PARA OTROS PROPÓSITOS SIN SU AUTORIZACION ESCRITA

Según los requisitos de la LEY cuando es requerido o autorizado por otras leyes, tales como el reporte de abuso de niños o negligencia en el cuidado, abuso de ancianos o abuso de adultos independientes.

Para las ACTIVIDADES de SUPERVISION de la SALUD a agencias gubernamentales, agencias que otorgan licencias, agencias auditoras y acreedoras según lo autoriza o requiere la ley incluyendo intervenciones; investigaciones civiles, administrativas o criminales; o acciones disciplinarias o de licencia; y auditoría de conformidad con la ley.

En PROCEDIMIENTOS JUDICIALES en respuesta a las órdenes de la corte/administrativa, a las citaciones por orden del juez o emplazamiento o cualquier otro proceso legal.

A las AUTORIDADES de SANIDAD PUBLICA para prevenir o controlar enfermedades comunicables, injurias o inhabilidad, o asegurar la seguridad de drogas y dispositivos médicos.



A los que ENFUERZAN la LEY por ejemplo, para asistir en un proceso de hospitalización involuntaria.

AL SENADO LEGISLATIVO DEL ESTRADO O LOS COMITES DE REGLAS DE LA ASAMBLEA para las investigaciones legislativas si lo requiere la ley.

Para los PROTOTIPOS de INVESTIGACION conforme a un proceso especial de la revisión, y a los requisitos de confidencialidad de la ley federal del estado.

PARA PREVENIR UNA AMENAZA SERIA A LA SALUD O A LA SEGURIDAD de un individuo. Podemos notificar a la persona, o a alguien quien podría prevenir el daño, o a oficiales que hagan cumplir la ley.

USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS:

1. A recibir una copia de este aviso cuando usted recibe tratamiento.
2. A solicitar Restricciones. Usted tiene el derecho a solicitar que se restrinja o que se limite la información acerca de su salud mental que usamos o revelamos para tratamiento, pago u operaciones del cuidado medico. Usted deber hacer su petición por escrito. No estamos obligados a acceder a su petición. Si accedemos. Cumpliremos con su petición a menos y hasta el punto que la divulgación haya ocurrido o si usted esa en la necesidad de tratamiento de emergencia y la información es necesaria para proporcionar el tratamiento de emergencia.
3. A inspeccionar y solicitar una copia de su expediente de salud mental excepto en ciertas circunstancias. Se le cobra por el servicio de copiar su expediente. Usted debe someter su petición por escrito. Si se le niega acceso a su expediente de salud mental por ciertas razones, le diremos porque y cuales son sus derechos de la denegación.
4. A solicitar que se haga una corrección y/o una adición a su expediente de salud mental. Si usted cree que la información es inexacta o esta incompleta usted nos puede pedir que corriamos la información o que agreguemos un apéndice (un suplemento al expediente) que no sea más de 250 palabras por cada inexactitud. Su petición debe ser hecha por escrito y nos debe proporcionar una razón que apoye su petición. Podemos rechazar su petición de hacer una corrección si la información no fue generado por nosotros, si no es parte de la información que se le permita inspeccionar y copiar, o si la información ya esta exacta y completa. Aunque aceptemos su petición, no suprimimos ninguna información ya existente en su expediente.
5. Para recibir una contabilidad del numero de veces que se ha divulgado su información de salud menta. Para solicitar este conteo usted debe de entregar su petición por escrito.
6. Para solicitar que lo contactemos usando un modo particular de comunicación (e.g. fax en vez de correo) o especificando un lugar determinado. Usted debe de hacer su petición por escrito y accederemos a toda petición razonable.

CAMBIOS A ESTE AVISO. Nos reservamos el derecho a modificar este aviso. Nos reservamos el derecho a aplicar el aviso modificado a la información que ya tenemos sobre usted así como también a cualquier información que recibamos en el futuro. Fijaremos una copia del aviso actual en el sitio de la red de la UC:
<http://universityofcalifornia.edu/hippa/notice.html>.

COMO CONTACTARNOS: Si usted tiene cualquier pregunta sobre este aviso, por favor comuníquese con el funcionario de la Privacidad HIPPA de la universidad: 510-287-3858.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con el oficial de la privacidad de UCSB en los servicios médicos del estudiante o llamar al (805) 893-8064 o con el secretario del departamento de salud y servicios humanos.

No se le penalizara por presentar una queja.

Fecha efectiva: 1 de octubre de 2003