Keep This For Your Home Record

OPTIONS & ADVOCACY

PRIVACY PRACTICES NOTICE

April 14, 2003

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL/ASSESSMENT RECORD INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

INTRODUCTION

This notice of Privacy Practices describes how we may use and disclose your protected health information determining your eligibility for services and for other purposes that are permitted or required by law. This Notice also describes your rights regarding health information we maintain about you and a brief description of how you may exercise these rights. This notice further states the obligations we have to protect your medical/assessment records.

"Protected health information," means health information (including identifying information about you) we have collected from you or received from your health care/service providers. It may include information about your past, present or future physical or mental health or condition and the provision of your health care.

We are required by Law to maintain the privacy of your health information and to provide you with this notice of our legal duties and privacy practices with respect to your health information. We are also required to comply with the terms of our current Notice of Privacy Practices.

We will use and disclose your medical/assessment records as described in each category below. For each category we will explain what we mean in general, but not describe all specific uses or disclosures of medical/assessment records.

1. Options & Advocacy will use your medical/assessment records to determine your eligibility for our services and for community, state and federally funded services.

2. Once you have signed our Consent to Use and Disclose Medical/Assessment Records Form, we will use and disclose your medical/assessment records to access and provide services for you.

3. Options & Advocacy may disclose your medical/assessment records to your legal guardian.

4. Options & Advocacy may disclose your medical/assessment records without your consent to comply with laws that require disclosure when an individual is deemed to be a danger to himself or others or where there is suspected child/elder abuse and neglect.

5. Options & Advocacy may disclose information about you to a court administrative agency when a judge or administrative agency orders us to do so. We also may disclose medical/assessment records about you in legal proceedings without your permission or without a judge or administrative agency's court order when: you are a party to a legal proceeding and we receive a subpoena for your medical/assessment records.

Guarde Este Documento para sus Récords

OPTIONS & ADVOCACY for MCHENRY COUNTY

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

14 de abril del 2003

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SUS ARCHIVOS DE INFORMACIÓN MÉDICA/EVALUACIÓN SOBRE USTED SE PUEDE USAR Y REVELAR Y COMO USTED PUEDE ACCEDER A LA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

INTRODUCCIÓN

Este aviso sobre Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y revelar su información de salud protegida para determinar su elegibilidad para servicios y para otros propósitos que están permitidos o requeridos por ley. Este aviso también describe sus derechos con respecto a la información de salud que mantenemos sobre usted y una descripción breve de como usted puede ejercer estos derechos. Este aviso detalla además las obligaciones que tenemos para proteger sus archivos médicos/evaluación.

"Información de salud protegida" significa información médica (incluyendo información de identificación sobre usted) que hemos colectado de usted o recibida de sus proveedores de cuidado/servicios de salud. Puede incluir información sobre su pasado, presente o futuro físico o salud mental o condición y la provisión de su cuidado de salud.

Estamos requeridos por Ley a mantener la privacidad de su información de salud y a proporcionarle con este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud. También estamos requeridos a cumplir con los términos de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad corriente.

Usaremos y revelaremos su archivo medico/evaluación como descrito en cada categoría abajo. Para cada categoría vamos a explicar lo que queremos decir en general, pero no describir todos los usos específicos o revelaciones de archivo medico/evaluación.

1. Options & Advocacy usará su archivo medico/evaluación para determinar su elegibilidad para nuestros servicios y para la comunidad, servicios fundados por el estado y federalmente.

2. Una vez que usted haiga firmado nuestra forma de Consentimiento para Usar y Revelar Archivos Médicos/Evaluación, usaremos y revelaremos su archivo de información médica/evaluación para acceder y proporcionarle servicios para usted.

3. Options & Advocacy puede revelar sus archivos médicos/evaluación a su tutor legal.

4. Options & Advocacy puede revelar sus archivos médicos/evaluación sin su autorización para cumplir con las leyes que requiere la revelación cuando un individuo se determina que

6. Options & Advocacy may disclose your medical/assessment records to a law enforcement official for law enforcement purposes when: a court order, subpoena, warrant, summons or similar process requires us to do so; or the information is needed to identify or locate a suspect, fugitive, material witness or missing person; or we report a death that we believe may be the result of criminal conduct; or we report criminal conduct on the premises of our offices; or we determine that the law enforcement purpose is to respond to a threat of an imminently dangerous activity by you against yourself or another person; or the disclosure is otherwise required by law.

   Options & Advocacy may disclose information about a client who is a victim of a crime without a court order if or without being required to do so by law when it has been requested by law enforcement and the victim has agreed to the disclosure. In the case of the victim's incapacity, we will disclose information only if the victim is not the subject of the investigation, the safety of the victim depends on disclosure and we determine that the disclosure is in the victim's best interest. In all cases Options & Advocacy will comply with the Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act 740ILCS 110.

7. Options & Advocacy may disclose medical/assessment records about you as authorized by law. We may also provide medical/assessment records about you to authorized federal officials so they may provide protection to the President of the United States federal officials for intelligence, counter intelligence, and other national security activities authorized.

8. Options & Advocacy will use your medical/assessment records in reporting to the Illinois Department of Human Services (IDHS) and the McHenry County Mental Health Board (MHB). State and county funders require proof of eligibility and accounting of the services being provided. This information is transferred to the IDHS and the MHB electronically. Paper copies of this information will be provided to the IDHS and MHB upon their request.

9. Options & Advocacy may use your medical/assessment records among our service coordinators to determine your eligibility for services and to access additional resources to meet your needs.

10. Options & Advocacy will use your medical/assessment records to review your services for the purposes of utilization review to ensure the appropriateness of the services you are receiving.

11. Once you have signed our Consent to Use and Disclose medical/assessment records form, we may use and disclose medical/assessment records about you for our operations. These uses and disclosures are necessary to run our organization and make sure that our clients receive quality care. These activities may include by way of example, quality assessment and improvement, reviewing the performance of our service coordinators, licensing, accreditation, business planning and development, and general administrative activities.

12. We may combine health information about many of our clients to decide what additional services we should offer, what services may no longer be needed, and whether certain services are effective. We may combine our health information with health information from other providers to compare how we are doing and see where We can make improvements in our services. When we combine our health information with information of other providers, we will remove identifying information so others may use it to study healthcare or services without identifying specific clients.

sea un peligro a sí mismo o a otros o donde se sospecha abuso o negligencia de niños o ancianos.

5. Options & Advocacy puede revelar información acerca de usted a una agencia administrativa de la corte cuando un juez o agencia administrativa nos ordene hacerlo. También podemos revelar sus archivos médicos/evaluación sobre usted en procedimientos legales sin su permiso o sin una orden de la corte de un juez o agencia administrativa cuando: usted es una parte a un procedimiento legal y recibimos una citación para sus archivos médicos/evaluación.

6. Options & Advocacy puede revelar sus archivos médicos/evaluación a un oficial en forzador de la ley para propósitos de en forzar la ley cuando: una orden de la corte, ,una citación, orden judicial o proceso similar nos requiera hacerlo; o la información es necesaria para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo sustancial o persona desaparecida; o reportamos una muerte que creemos pueda ser el resultado de a una conducta criminal; o reportamos conducta criminal en el local de nuestras oficinas; o si determinamos que el propósito del en forzamiento de la ley es responder a una amenaza de una actividad de peligro inmediata por usted hacia sí mismo u otra persona; o la revelación en cualquier forma es requerido por ley.

Options & Advocacy puede revelar información sobre un cliente que ha sido víctima de un crimen sin una orden de la corte si o sin ser requerido para hacerlo por ley cuando ha sido solicitado por en forzamiento de ley y la victima está de acuerdo a la revelación. En el caso de la incapacidad de la víctima, revelaremos información solo si la víctima no es el sujeto de la investigación, la seguridad de la víctima depende en la revelación y determinamos que la revelación es en el mejor interés para la víctima. En todos los casos Options & Advocacy cumplirá con la Acta de Confidencialidad de Discapacidades del Desarrollo y la Salud Mental de Illinois 740ILCS 110.

7. Options & Advocacy puede revelar archivos médicos/evaluación acerca de usted como autorizados por ley. También podemos proporcionar archivos médicos/evaluación a cerca de usted a oficiales federales autorizados para que ellos puedan brindar protección al presidente de los Estados Unidos, a oficiales federales para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades autorizadas para la seguridad nacional.

8. Options & Advocacy usará sus archivos médicos/evaluación en reportar al Departamento de Servicios Humanos de Illinois (IDHS) y la Junta de Salud Mental del Condado de McHenry (MHB). Los fundadores del estado y del condado requieren comprobante de elegibilidad y la contabilidad de los servicios que se brindan. Esta información es transferida a IDHS y MHB electrónicamente. Copias en papel de esta información se les proporciona a IDHS y MHB al solicitarlas.

9. Options & Advocacy puede usar sus archivos médicos/evaluación entre nuestras coordinadoras de servicios para determinar su elegibilidad para servicios y para acceder recursos adicionales para cumplir sus necesidades.

13. We may mail you our agency newsletter or contact you about fundraising for our programs, services and operations unless you specifically request that we not do so.

Other than in the above mentioned circumstances, Options & Advocacy will not disclose your medical/assessment records without your written permission, called an "authorization". You have the right to cancel or revoke an authorization at any time. If you revoke and authorization no further disclosure to that entity will be made.

YOUR RIGHTS REGARDING YOUR MEDICAL/ASSESSMENT RECORDS

1. You have a right to request an opportunity to inspect or copy Medical/assessment records used to make decisions about your services. If you request copies of the information, we may charge a fee for the cost of copying, mailing and supplies associated with your request.

2. For as long as we keep records about you, you have the right to request us to amend any medical/assessment records used to make decisions about your services. To request an amendment, you must submit a written document to our privacy officer at 365 Millennium Dr., Suite A., Crystal Lake, IL 60012. We may deny your request for an amendment if it is not in writing. We may also deny your request if you ask us to amend information that was not created by us, or is not part of the information we maintain to make decisions about your services. If we deny your request to amend, we will send you a written notice of the denial stating our reasons for the denial. You will be offered an opportunity to provide a written statement disagreeing with the denial. You may request that a copy of your requested amendment and our denial be attached to all future disclosures of the medical/assessment records that is the subject of your request. If you choose to submit a written statement of disagreement, we have the right to prepare a written rebuttal to your statement of disagreement. In this case, we will attach the written request and the rebuttal to future disclosures of the medical/assessment records that is the subject of your request.

3. You have a right to request an accounting of the disclosure we have made of your medical/assessment records. To request an accounting of the disclosures you must submit your request in writing to the Privacy Officer at 365 Millennium Dr., Suite A., Crystal Lake, Illinois 60012. The request should state the time period for which you wish to receive an accounting. This time period cannot be longer than six years and cannot include dates prior to April 14, 2003.

4. You have a right to request a restriction on the medical/assessment records we use or disclose about you. You may also ask that any part or all of your medical/assessment records not be disclosed to family members or friends who may be involved in your care. To request a restriction, you must either include it in the Consent for Use and Disclosure form or request the restriction in writing to the Privacy Officer at 365 Millennium Dr., Suite A., Crystal Lake, IL 60012.

5. You have a right to request that we communicate with you about your medical/healthcare only in a certain location or through a certain method. For example you may request that we contact you at work or by e-mail. To request such a confidential communication, you must make a request in writing to the Privacy Officer at 365 Millennium Dr., Suite A., Crystal Lake, IL 60012.

10. Options & Advocacy usará sus archivos médicos/evaluación para revisar sus servicios para los propósitos de utilización de revisión para asegurar lo apropiado de los servicios que usted está recibiendo.

11. Una vez que usted haiga firmado nuestra forma de Consentimiento para Usar y Revelar sus archivos médicos/evaluación, podemos usar y revelar archivos médicos/evaluación a cerca de usted para nuestras operaciones. Estos usos y revelaciones son necesarias para manejar nuestra organización y asegurar que nuestros clientes reciben cuidados de calidad. Estas actividades pueden incluir, por ejemplo, evaluaciones de calidad y mejoramiento, revisando el rendimiento de nuestras coordinadoras de servicios, licenciaturas, acreditación, desarrollo y planeamiento de negocio, y actividades administrativas en general.

12. Podemos combinar información de salud sobre muchos de nuestros clientes para decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, que servicios ya no se necesitan, y si ciertos servicios son efectivos. Podemos combinar nuestra información de salud con información de salud de otros proveedores para comparar como lo estamos haciendo y ver en donde podemos mejorar en nuestros servicios. Cuando combinamos nuestra información de salud con información de otros proveedores, vamos a eliminar la información de identificación para que otros pueden usarla para estudiar el cuidado de salud o servicios sin identificar clientes específicos.

13. Podemos enviarle nuestro boletín de noticias de nuestra agencia o lo contactaremos sobre recaudación de fondos para nuestros programas, servicios y operaciones a menos que usted específicamente solicite que no lo hagamos.

Aparte de en las circunstancias mencionadas arriba, Options & Advocacy no revelará sus archivos médicos/evaluación sin su permiso por escrito, llamado una "autorización". Usted tiene el derecho de cancelar o revocar una autorización en cualquier momento. Si usted revoca una autorización no se revelara más adelante a esa entidad.

SUS DERECHOS CON RESPETO A SUS ARCHIVOS MEDICOS/EVALUACIÓN

1. Usted tiene un derecho a solicitar una oportunidad para inspeccionar o copiar archivos médicos/evaluación usados para tomar decisiones sobre sus servicios. Si usted pide copias de la información, le podemos cobrar una cuota por los gastos de copiar, envío y materiales relacionados con su solicitud.

2. Durante el tiempo que tengamos archivos sobre usted, usted tiene el derecho a solicitarnos a emendar cualesquiera archivos médicos/evaluación usados para tomar decisiones sobre sus servicios. Para solicitar una enmienda, usted debe someter un documento por escrito a nuestro oficial de privacidad a: 365 Millennium Drive Suite A, Crystal Lake, IL 60012. Podemos negar su solicitud para una enmienda si no está en escrito. También podemos negar su solicitud si usted nos pide que enmendemos información que no fue creada por nosotros, o no es parte de la información que nosotros mantenemos para tomar decisiones sobre sus servicios. Si le negamos su solicitud para enmendar, le mandaremos una notica por escrito de la negación con nuestras razones por la negación. Se le ofrecerá una oportunidad de presentar una declaración por escrito en desacuerdo con la negación. Usted puede pedir que

6. You have a right to request a paper copy of this Notice of Privacy Practices at any time. To obtain a paper copy, contact our privacy officer at 365 Millennium Dr., Suite A., Crystal Lake, IL 60012..

7. **If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with us or with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. To file a complaint with us, please submit your complaint in writing to the Options & Advocacy Privacy Officer, 365 Millennium Dr., Suite A., Crystal Lake, IL 60012. We will not retaliate against you for filing a complaint.**

Changes to this Notice

Options & Advocacy reserves the right to change the terms of its Notice of Privacy Practices based on the needs of the agency and changes in the state and federal law.

WORD/HIPAA/Privacy Notice 11-23-04

una copia de su solicitud para una enmienda y nuestra negación sean adjuntas a todas las futuras revelaciones de los archivos médicos/evaluación a los que son los temas de su solicitud. Si usted decide presentar una declaración por escrito de su desacuerdo, tenemos el derecho de preparar un rebatimiento por escrito a su declaración de desacuerdo. En este caso, adjuntaremos la solicitud por escrito y el rebatimiento a futuras revelaciones de los archivos médicos/evaluación que es el tema de su solicitud.

3. Usted tiene un derecho a solicitar una contabilidad de lo revelado que hemos echo de sus archivos médicos/evaluación. Para solicitar una contabilidad de lo revelado usted debe someter su solicitud por escrito al oficial de privacidad a: 365 Millennium Drive Suite A, Crystal Lake, IL 60012. La solicitud debe indicar el periodo de tiempo para el cual usted desea recibir una contabilidad. Este periodo de tiempo no puede ser más largo que seis años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril del 2003.

4. Usted tiene derecho a solicitar una restricción en los archivos médicos/evaluación que usamos o revelamos acerca de usted. También puede pedir que cualquier parte o todos los archivos médicos/evaluación no sean revelados a miembros de su familia o amigos que pueden estar involucrados en su cuidado. Para pedir una restricción, usted debe incluirlo en la forma de Consentimiento Para Usar y Revelar o solicitar la restricción por escrito al Oficial de Privacidad a: 365 Millennium Drive Suite A, Crystal Lake, IL 60012.

5. Usted tiene un derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su médico/cuidado de salud solo en una cierta locación o por un cierto método. Por ejemplo, usted puede solicitar que lo contactemos a usted en el trabajo o por e-mail. Para solicitar una comunicación tan confidencial, usted debe hacer una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a: 365 Millennium Drive Suite A, Crystal Lake, IL 60012.

6. Usted tiene un derecho a solicitar una copia en papel de este Aviso de Practicas de Privacidad en cualquier momento. Para obtener una copia en papel, contacte a nuestro oficial de privacidad a: 365 Millennium Drive Suite A, Crystal Lake, IL 60012.

7. Si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados, usted puede archivar una queja con nosotros o con la Secretaría de U.S del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para archivar una queja con nosotros, por favor someta su queja por escrito al Oficial de Privacidad de Options & Advocacy a: 365 Millennium Drive Suite A, Crystal Lake, IL 60012. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Cambios a este Aviso

Options & Advocacy reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso de Practicas de Privacidad basado en las necesidades de la agencia y cambios en el estado y ley federal.