

AVISO SOBRE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

EN ESTE AVISO DESCRIBIMOS
CÓMO SE PUEDE USAR Y
COMPARTIR SU INFORMACIÓN
MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE
OBTENER ACCESO A ESTA
INFORMACIÓN

*POR FAVOR REVISE
CUIDADOSAMENTE*



DEPARTAMENTO DE SALUD DEL
CONDADO DE HAMILTON

Vigente desde el 26 de marzo del 2013
(Revisado 01/24)

NUESTRO DEBER DE SALVAGUARDAR LA INFORMACION PROTEGIDA REFERENTE A SU SALUD

La Ley Federal de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) exige que el personal del Departamento de Salud salvaguarde la Información Protegida Referente a su Salud (PHI, por sus siglas en inglés). PHI es la información individual que le identifica sobre su salud o enfermedad pasada, presente o futura, los cuidados médicos que usted recibe o el pago por la atención médica. Estamos obligados a informarle sobre nuestras normas de privacidad en cuanto a la información que recopilamos y conservamos sobre usted.

NUESTRA PROMESA EN CUANTO A LA INFORMACION PROTEGIDA REFERENTE A SU SALUD

Entendemos que la información médica sobre usted es algo personal y nos comprometemos a proteger dicha información. Este Aviso sobre la Privacidad se refiere a toda su información médica, incluyendo 1) los expedientes relacionados con su atención médica en una clínica del Departamento de Salud y/o 2) expedientes médicos que el Departamento de Salud reciba de alguna otra fuente e 3) información genética.

La ley exige que: (1) mantengamos la confidencialidad de su PHI; (2) le demos este Aviso sobre la Privacidad; y (3) cumplamos con lo establecido en el Aviso sobre la Privacidad vigente.

COMO PODRIAMOS USAR Y REVELAR LA INFORMACION PROTEGIDA CON RESPECTO A SU SALUD PARA EL TRATAMIENTO, PAGO Y FUNCIONAMIENTO

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras de como podríamos usar y compartir su PHI:

- **Para tratamiento.** Podríamos usar y compartir su PHI con médicos, enfermero(a)s, nutricionistas, técnico(a)s u otros trabajadores del Departamento de Salud que se ocupan de prestarle atención. Podríamos revelar su PHI a otras personas que no son parte del Departamento de Salud y que se ocupen de su atención médica tales como, recetas médicas, análisis de laboratorio y radiografías.
- **Para pagos.** Podríamos usar y compartir su PHI para obtener pagos o para pagar por los servicios médicos que usted reciba. Por ejemplo, puede ser que necesitemos informarle a su seguro médico sobre un tratamiento que usted necesite, para obtener autorización previa o para determinar si su seguro médico va a estar dispuesto a pagar por el tratamiento.
- **Para las operaciones de la asistencia médica.** Podríamos usar y compartir su PHI para las operaciones del Departamento de Salud. Esto es necesario para el manejo de los programas y actividades del Departamento. Por ejemplo, podríamos utilizar su PHI para analizar nuestros servicios, programas y/o la calidad de la atención prestada.
- **Para recordarle de una cita.** Podríamos usar su PHI para contactarle y recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o servicios.

COMO PODRIAMOS USAR Y COMPARTIR LA INFORMACION PROTEGIDA CON RESPECTO A SU SALUD SIN SU AUTORIZACION

La ley estipula que podríamos usar y compartir su PHI que tenemos en nuestros archivos (incluso hasta después de su muerte), sin su autorización, en las siguientes circunstancias:

- **Conforme con la ley.** Compartiremos información médica sobre usted cuando la ley lo exija, para investigar denuncias de maltrato o negligencia, y para informar a la agencia correspondiente encargada del cumplimiento de la ley de tal incidente.
- **Actividades de supervisión de la salud.** Podríamos compartir su PHI a las agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión podrían incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y concesión de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno estatal y federal supervise el sistema de prestación de atención médica en Tennessee.
- **Riesgos de salud pública.** Podríamos compartir su PHI en actividades de la salud pública. Estas actividades pueden incluir el informar nacimientos y muertes y el seguimiento, prevención y control de algunas enfermedades, lesiones e incapacidades.
- **Investigación.** En algunas circunstancias y, supervisados por una junta de supervisión de una entidad, podríamos revelar su PHI para ayudar en una investigación médica.
- **Para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad.** Podríamos usar y revelar su PHI

si fuera necesario para prevenir una amenaza grave para usted o para la salud y la seguridad del público u otra persona. Sin embargo, tal revelación sería sólo a alguien capaz de ayudar a prevenir tal amenaza.

- **Para funciones específicas del gobierno.** Podríamos revelar su PHI a agencias del cumplimiento de la ley, a programas de prestación del gobierno relacionados con la elegibilidad y la inscripción y en asuntos de la seguridad nacional.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN PROTEGIDA REFERENTE A SU SALUD

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

- **El derecho a revisar y copiar.** En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de revisar u obtener copias de sus expedientes. Debe hacer su solicitud por escrito. Se le puede cobrar cierta suma por copiar sus expedientes.
- **El derecho a corregir.** Si usted piensa que hay algún error o que falta alguna información en nuestro expediente de su PHI, puede pedirnos que se corrija o se añada a su expediente. Tiene que presentar la solicitud por escrito, y tiene que presentar una razón que respalde su solicitud. En algunas circunstancias podríamos negarle su solicitud. Toda negación expondrá las razones por las que se negó y explicará sus derechos a obtener la solicitud y la negación, junto con cualquier declaración en respuesta a lo que usted provea, agregada a su PHI.
- **El derecho a saber qué información revelamos.** Usted tiene el derecho a solicitar una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su PHI durante y después del 14 de abril de 2003

con objetivos que no sean los expuestos en el Aviso sobre la Privacidad. Debe solicitar esta lista por escrito e indicar el período de tiempo que la lista debe incluir y que no sea por un período de más de seis (6) años. La primera lista que usted solicite dentro de un período de doce (12) meses es gratis.

- **El derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho a solicitar que limitemos la manera en que usamos y compartimos su PHI. Usted tiene que hacer esta solicitud por escrito y decirnos la información que quiere que limitemos y a quién se refieren estas limitaciones. Por ejemplo, usted podría pedir que no compartamos información con su esposo(a), sobre un análisis de sangre que a usted se le haya realizado. No estamos obligados a acceder a su solicitud. Sin embargo, si accedemos, nos acataremos a su solicitud a no ser que necesitemos la información para prestarle servicios de urgencias o la información se pueda divulgar sin su autorización.
- **El derecho a la confidencialidad de la comunicación.** Usted tiene el derecho a que nos comuniquemos con usted en un lugar o manera específica. Por ejemplo, usted puede pedirnos que enviemos información a su dirección del trabajo en lugar de su dirección domiciliar. Debe hacer su solicitud por escrito. No tendrá que exponer la razón por la que hizo esta solicitud. Trataremos de complacer toda solicitud razonable.
- **El derecho de autorizar la divulgación de información:** Se puede divulgar su PHI de otra manera sólo si usted lo solicita y usted puede cambiar su autorización en cualquier momento.
- **El derecho a una copia por escrito de este aviso.** Usted tiene el derecho a que le demos una copia por escrito de este aviso en cualquier momento, incluso si usted estuvo de acuerdo en recibir este aviso electrónicamente. Usted puede

obtener una copia de este aviso en la página del Internet que indicamos a continuación. Para obtener una copia por escrito de este aviso, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad del Estado que indicamos a continuación. Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras normas de privacidad y este aviso en cualquier momento. Pondremos una copia de este aviso en todas nuestras oficinas y en el sitio del Internet del Departamento.

COMO OBTENER MAS INFORMACION O QUEJARSE SOBRE NUESTRAS NORMAS DE PRIVACIDAD

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, por favor póngase en contacto con el OFICIAL DE PRIVACIDAD (Privacy Officer) que indicamos a continuación. Si usted piensa que se han violado sus derechos a la privacidad, puede presentar una queja por escrito a cualquiera de las agencias que indicamos a continuación. Presentar una queja no le perjudicará.

Director del Departamento de Privacidad y Cumplimiento de HIPAA
Gobierno del Condado de Hamilton
Gestión de Riesgos
317 Oak Street, 2nd Floor
Chattanooga, TN. 37403
423-209-6135 Fax: 423-209-6121
Dirección de correo electrónico:
AngelaD@HamiltonTN.gov

Secretaría
Departamento de Salud y de Servicios Humanos de los Estados Unidos
200 Independence Ave. SW
HHH Building, Room 509H
Washington, DC 20201
866-627-7748 TTY 886-788-4989