



Aviso de Practicas de Privacidad

Fecha Efectiva 14 de Abril 2003

Revisado 9 de Julio 2013

Este aviso describe como su información médica puede ser usada y divulgada y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor revisela cuidadosamente. Si necesita asistencia, tiene alguna pregunta acerca de este aviso, o desea ejercer su derecho de privacidad, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad de la Agencia de Salud del Condado Shawnee usando la información de contacto que se encuentra arriba de este aviso

NUESTRA PROMESA CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Estamos comprometidos a proteger la confidencialidad de nuestros registros que contienen información acerca de usted. Este aviso se refiere a todos sus expedientes médicos creados o recibidos por la Agencia de Salud del Condado Shawnee (ASCS). Otros proveedores de salud de los cuales usted obtiene cuidado y tratamiento podrían tener diferentes reglas o avisos con relación al uso y la revelación de su información médica que ha sido creada o recibida por ese proveedor. Los planes de salud en los cuales usted participa podrían tener diferentes reglas o avisos sobre la información que obtienen de usted. Este aviso describe las maneras en las cuales nosotros podemos usar y revelar su información de salud. Nosotros estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica, darle este aviso acerca de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad, hacer un buen esfuerzo para que usted tenga el conocimiento de que ha recibido este aviso, y seguir los términos de este aviso que está actualmente en vigor.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

1. **Inspeccionar y Copiar Información de Salud** – Usted tiene derecho al acceso de su información médica. Normalmente, esto incluye expedientes médicos y facturación, pero no incluye notas de psicoterapia. Usted también puede recibir una copia (incluyendo una copia electrónica) de su información médica. Con el fin de poder acceder y/o recibir una copia de su información médica, usted deberá llenar una forma de autorización por escrito. Para obtener una copia de la forma por favor contacte al Oficial de Privacidad HIPAA.
2. **Cuota** – Es posible que se le cobre una cuota si es que pide una copia de su expediente de salud o parte de ella. Bajo circunstancias muy limitadas podríamos negar su petición de revisar y sacar copias. Si se le niega acceso a su información médica, usted puede pedir que la negación sea revisada por otro profesional de cuidado médico certificado y escogido por la ASCS. La ASCS cumplirá con el resultado de la revisión.
3. **Para Solicitar Enmienda** – Usted puede pedir una enmienda si cree que nuestros archivos contienen información sobre usted que es incorrecta o incompleta. Usted tiene derecho para pedir una enmienda mientras la información se mantenga por o en la ASCS. La petición deberá ser específica y por escrito.
4. **Para Solicitar una Contabilidad de Revelaciones** – Usted tiene derecho de solicitar una contabilidad de revelaciones que hayamos hecho de su información médica. La petición debe ser hecha por escrito e incluirá solamente los registros que tengamos desde el 14 de Abril 2003.
5. **Para Solicitar Restricciones** – Usted tiene derecho a solicitar una restricción en la manera en la que nosotros podamos usar o revelar su información médica en cuanto a tratamiento, pago, o manejo del cuidado médico. Usted debe hacer esta solicitud por escrito. Su solicitud puede incluir restricciones en la capacidad en la que sus miembros familiares y amigos puedan acceder información acerca de su cuidado médico. La ASCS tiene el derecho a rechazar su solicitud, excepto en la medida en que solicite una restricción de información a terceros pagadores cuando usted paga de su bolsillo por servicios, o al menos que la ley exija que la divulguemos.
6. **Para Solicitar Métodos Alternativos de Comunicación** – Usted tiene el derecho de solicitar métodos alternativos en la forma en la que la ASCS se comunica con usted acerca de sus asuntos médicos. Esta solicitud puede incluir que la información sea comunicada a usted en cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos con usted solamente por medio de su trabajo o correo electrónico.
7. **Notificación de Incumplimiento** – Usted tiene derecho de ser notificado si determinamos que ha habido una violación de su información de salud protegida.
8. **Para Obtener una Copia de Este Aviso** – Usted tiene derecho a obtener una copia de este aviso. Cualquiera de nuestro personal puede obtener una copia de este aviso para usted o lo puede ver en nuestro sitio de internet en <http://www.shawneehealth.org/>.

USOS Y REVELACIONES DE INFORMACION MÉDICA SIN SU AUTORIZACION ESPECÍFICA POR ESCRITO

1. **Tratamiento** – Nosotros podemos utilizar información acerca de usted para proveerle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar información médica sobre usted a las enfermeras, técnicos, u otro personal involucrado en su tratamiento de salud en la ASCS. Diferentes departamentos de la ASCS también pueden compartir información médica acerca de usted con el fin de coordinar servicios que usted necesite, tales como recetas, análisis de sangre y radiografías. Podemos difundir información médica acerca de usted a otros proveedores de salud médica que le proporcionen tratamiento médico a usted, familiares y amigos, u otros que proporcionen servicios como parte de su cuidado. Sin embargo, usted tiene el derecho a restringir dicha información a petición como se indica en el párrafo 5 de arriba.

2. **Pago** – Nosotros podemos utilizar y divulgar su información médica para que el tratamiento y servicios que usted recibe en la ASCS puedan ser facturados y el pago pueda ser cobrado a usted, una compañía de seguro médico, o a una tercera persona. Nosotros también podemos informarle a su plan médico acerca de un tratamiento que usted vaya a recibir con el fin de obtener autorización previa o determinar si es que su plan cubrirá el tratamiento. Por ejemplo, puede que necesitemos darle información a su plan de seguro médico acerca de un tratamiento que usted va a recibir con el fin de obtener un reembolso de su plan de seguro o reembolsarle a usted por el tratamiento.
3. **Opciones de Tratamiento**- Nosotros podemos utilizar o divulgar información médica para informarle acerca de o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alguna alternativa que pueda interesarle. También podemos usar o divulgar información de salud protegida para informarle acerca de beneficios o servicios relacionados con la salud que le pueden interesar.
4. **Actividades de Supervisión de Salud** – Nosotros podemos divulgar su información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Por ejemplo, estas actividades de supervisión incluyen auditorías, investigaciones, inspecciones, y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de seguro médico, programas de gobierno, y cumplimientos de las leyes de derechos civiles.
5. **Socio de Negocios** – Nosotros podemos utilizar o divulgar información médica acerca de usted con nuestros Socios de Negocios. Hay algunos servicios proveídos en nuestra organización por medio de contratos o convenios con asociados. Para proteger su información de salud, nosotros exigimos que nuestros asociados guarden adecuadamente esta información al pedirles que firmen un Acuerdo de Asociado de Negocios requiriendo dicha protección.
6. **Amigos y Familiares** – Nosotros podemos divulgar información acerca de usted a un amigo o miembro familiar que esté involucrado en su cuidado médico. También podemos dar información a alguien que le ayude a pagar por su cuidado médico.
7. **Investigación** – Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar información médica para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación podría requerir la comparación de salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron el medicamento a los que recibieron otros medicamentos, para la misma condición. Sin embargo, todos los proyectos de investigación siempre están sujetos a un proceso de aprobación especial.
8. **Recordatorios de Citas** – Nosotros podemos usar y revelar su información de salud con el fin de ponernos en contacto con usted para recordarle sobre alguna cita de tratamiento médico en la ASCS. Al menos que usted nos diga lo contrario, podemos dejarle mensajes en la maquina contestadora de su teléfono o buzón de voz identificándonos como la ASCS y pidiéndole que nos regrese la llamada. Si alguien más contesta su teléfono y usted no se encuentra disponible le dejaremos un mensaje para que nos regrese la llamada, pero no revelaremos ninguna información de salud a este individuo.
9. **Como Lo Exige la Ley** – Divulgaremos información médica acerca de usted cuando lo exija la ley federal, estatal, o ley local.
10. **Para Prevenir Una Amenaza Seria a la Salud o a la Seguridad** – Nosotros podemos usar y revelar su información de salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Dicha revelación solo se aia a alguien capaz de dirigir o prevenir la amenaza.
11. **Donación de Órganos y Tejido** – Si usted es un donante de órganos, nosotros podemos usar y revelar información médica a organizaciones que manejan la adquisición de órganos, trasplante de órganos de ojos, tejido o un banco de donación, según sea necesario para facilitar la donación y trasplante de tejido y órgano.
12. **Militares y Veteranos** – Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, nosotros podemos divulgar su información médica como es requerido por el comando militar u otra autoridad gubernamental para obtener información de las fuerzas armadas nacionales o extranjeras.
13. **Empleados** – Nosotros podemos revelar información médica sobre usted con su empleador si le proporcionamos servicios de salud a petición de su empleador, y se prestan los servicios de salud ya sea para llevar a cabo una evaluación relacionada a vigilancia médica en el lugar de trabajo o evaluar si usted tiene una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Cualquier otra revelación de su información se hará únicamente si usted nos da una autorización específica.
14. **Indemnización de Trabajadores** – Nosotros podemos revelar información médica sobre usted a indemnización de trabajadores o programas similares. Estos programas proveen beneficios para enfermedades o lesiones relacionados al trabajo.
15. **Riesgos de Salud Pública** – Nosotros podemos usar o revelar información acerca de usted por razones de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidad; o para reportar nacimientos, muertes, sospecha de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos.
16. **Demandas y Disputas** – Si usted está involucrado en una demanda o disputa, nosotros podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a alguna corte u orden administrativa. Nosotros también podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una cita de comparecencia, proposición de prueba, o cualquier otro proceso legal por alguien más involucrado en la disputa, pero únicamente si hemos tratado de avisarle de la petición o para obtener una orden de protección sobre la información requerida.
17. **Médicos forenses, Examinadores Médicos y Directores de funerarias** – Nosotros podemos revelar información médica a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona muerta, o determinar la causa de la muerte o a directores de funerarias según sea necesario para realizar sus actividades.
18. **Ejecución de la Ley** – Podemos revelar información médica si alguna autoridad legal nos lo exige, en respuesta a una orden de la corte, cita de comparecía, orden de detención, cita para presentarse en la corte o procesos similares. Ejemplos seria para identificar o localizar sospechosos, personas perdidas, víctimas de crimen o para investigar una muerte que se crea fue el resultado de una conducta criminal.
19. **Encuestas** – Nosotros podemos usar y revelar información médica para ponernos en contacto con usted para evaluar su satisfacción con nuestros servicios.

20. **Seguridad Nacional y Actividades del Servicio de Inteligencia** – Nosotros podemos revelar información médica sobre usted para autorizar a oficiales federales para que puedan proveerle protección al Presidente, otras personas autorizadas, o jefes de estado extranjeros, o para conducir investigaciones especiales.
21. **Presos/Personas bajo Custodia** – Si usted es un interno en una institución correccional o bajo la custodia de una autoridad legal, nosotros podemos revelar información médica sobre usted a la institución correccional o autoridad legal.
22. **Para Operaciones del Cuidado de la Salud** – Nosotros podemos usar y revelar información médica sobre usted para nuestras operaciones internas. Nuestra organización hace uso de la información para dirigir la ASCS y asegurarnos de proveer cuidado de calidad a todos los pacientes. Por ejemplo, podemos usar información médica para evaluar el desempeño de nuestro personal encargado de su cuidado médico.
23. **Recaudación de Fondos** – Nosotros podemos enviarle información como parte de nuestras actividades de recaudación de fondos. Usted tiene el derecho de optar por no recibir este tipo de comunicación.
24. **Otros usos de Información Médica** – Otros usos y revelaciones de información médica no cubiertos por este aviso o por las leyes que se nos aplican serán hechas únicamente con su autorización escrita o según lo permita la ley. Por ejemplo, se requiere su autorización antes que la ASCS use y revele notas psicoterapeutas (no hay que confundir con los expedientas de salud mental), uso y divulgación de información para propósito de mercadeo, y usar y revelar información que constituye una venta de información médica protegida. Si usted nos autoriza a utilizar o revelar información médica sobre usted, usted puede revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, nosotros ya no usaremos o revelaremos información médica sobre usted por las razones ya mencionadas en su autorización escrita.
25. **Cambios a Este Aviso** – La ASCS debe revisar este aviso cuando hay un cambio en las prácticas de privacidad y nos reservamos el derecho de modificar este aviso. Nos reservamos el derecho a hacer revisiones o cambios al aviso con la fecha de vigencia que cubre la información que ya tenemos sobre usted al igual que cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en nuestras instalaciones y sitio web. El aviso contendrá la fecha en vigencia en la primera página.
26. **Reconocimiento** – Se le pedirá que firme una forma que afirma que le entregaron una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad o la oportunidad de recibir una copia. La Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA por sus siglas en inglés) afirma que hay que hacer un esfuerzo de buena fe para proporcionarle una copia si así lo desea. Sin embargo, su recibo de cuidado y tratamiento de la ASCS no depende de que usted proporcione reconocimiento de haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Agencia de Salud del Condado Shawnee.

SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD ELECTRÓNICA

La ASCS participa en la tecnología de información de salud electrónica, o HIT (en inglés). La tecnología nueva permite a un proveedor o a un plan de salud a presentar una única solicitud a través de una organización de información de salud, o HIO(en inglés), para obtener registros electrónicos de un paciente específico a partir de otros participantes de HIT para fines de tratamiento, pago u otras operaciones de cuidado de la salud. Los HIOs están obligados a usar medidas de seguridad adecuadas para evitar usos o divulgaciones no autorizadas.

Usted tiene dos opciones con respecto al HIT. En primer lugar, puede permitir que las personas autorizadas tengan acceso a su información médica electrónica a través de un HIO. Si elige esta opción, usted no tiene que hacer nada.

En segundo lugar, es posible restringir el acceso a **toda** su información a través de un HIO (excepto el acceso por personas debidamente autorizadas, según sea necesario para proporcionar información específica como lo requiere la ley). Si desea restringir el acceso, deberá presentar la información requerida ya sea en el internet en <http://www.KanHIT.org> o completando y enviando por correo un formulario. Este formulario está disponible en <http://www.KanHIT.org>. No se puede restringir el acceso solamente a cierta información; su opción es permitir o restringir el acceso a toda su información.

Si tiene preguntas con respecto HIT o HIOs, favor de visitar a <http://www.KanHIT.org> para información adicional.

Si usted recibe servicios de cuidado de salud en otro estado que no sea Kansas, pueden aplicarse reglas diferentes con respecto a las restricciones de acceso a la información electrónica de salud. Por favor comunicarse directamente con su proveedor de salud fuera del estado con respecto a dichas normas.

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos con respecto a su información de salud han sido violados por la ASCS, usted puede presentar una queja con la ASCS poniéndose en contacto con el Oficial de Privacidad usando la información de contacto proporcionado en la parte superior de este aviso. Usted también puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos – Oficina de Derechos Civiles, 601 E. 12th St, Cuarto. 248, Kansas City MO 64106, 816-426-7277, o a través de www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html. Si necesita ayuda para presentar la queja, se prestara asistencia en la ASCS a su petición. Usted no será penalizado por presentar una queja.