



## Condado de Chester

# HIPAA AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

*Fecha efectiva: 14 de abril de 2003; Actualizada: 23 de septiembre de 2013*

Este aviso se proporciona de acuerdo con la Portabilidad y Responsabilidad de 1996 y su normativa de desarrollo ("HIPAA"). Está diseñado para decirle cómo podemos, bajo la ley federal, usar o divulgar su información de salud.

### **POR FAVOR, REVÍSELO CON CUIDADO.**

#### **I. Podemos usar o divulgar su Información Médica para Propósitos de Tratamiento, Pagos u Operaciones de Salud sin obtener previa autorización y aquí hay un ejemplo de cada uno:**

Podemos proveer su Información Médica a otros profesionales médicos incluyendo doctores, enfermeras y técnicos para el propósito de proveerle cuidado médico.

Nuestro Departamento de Cuentas y Finanzas puede tener acceso a su Información y mandar ciertas partes a compañías de seguro médico a programas del gobierno que permitan que seamos pagados por los servicios que le otorgamos.

Podemos proveer su Información a nuestros abogados o contables en el caso que necesitemos información para una de nuestras funciones de trabajo.

#### **II. También podemos Divulgar su Información Médica bajo las Sigüientes Circunstancias sin obtener su previa autorización:**

- **Para Notificarle y Comunicarnos con su Familia:** A menos que nos diga que se opone, podemos usar o divulgar su Información Médica para notificarle a su familia, representante personal u otra persona responsable por su cuidado de su locación, condición en general o en el evento de su muerte. Si no está disponible para dejarnos saber su preferencia nuestros profesionales médicos juzgaran como mejor comunicarse con su familia y otros.
- **Come Sea Requerido por Ley:**
- **Para Propósitos de Salud Pública.** Podemos usar o divulgar su Información Médica al Estado o a las Autoridades de Salud Pública como sea requerido por la ley para prevenir o controlar enfermedad, herida, o incapacidad; para reportar abuso de niños o abuso doméstico; para reportar problemas a la Administración de Drogas y Alimentos con productos y reacciones a medicina y para reportar enfermedad o el peligro de exponer a otros a infección.
- **Por Descuido de Actividades de Salud.** Podemos divulgar su Información de Salud durante el curso de investigaciones, certificación y otros procesos.
- **En Respuesta a Demandas para Procesos Judiciales y Administrativos.** Podemos divulgar su Información Médica en caso de un proceso judicial o administrativo. En general haremos el esfuerzo de dejarle saber sobre el uso de su Información Médica antes de proveer esta Información a otra persona.
- **Para Personal de la Ley:** Podemos divulgar su Información Médica a un oficial de la Ley para Identificar y localizar una persona sospechosa, un fugitivo, testigo o persona desaparecida cumpliendo con una orden de las cortes o un gran jurado para propósitos de ejecutar la Ley.
- **Para Directores de Funerales o Entierros.** Podemos divulgar su Información al Examinador Médico o a los Directores de Funerales.
- **Para Propósitos de Donaciones de Órganos.** Podemos divulgar su Información de Salud para comunicarnos con organizaciones envueltas en el proceso de procurar, guardar y trasplantar órganos y tejidos.
- **Para Propósitos de Seguridad Pública.** Podemos divulgar su Información Médica en orden de prevenir o aliviar una amenaza seria contra la salud de una persona o público en general.
- **Para Ayudar funciones Especializadas del Gobierno.** Si es necesario podemos usar o divulgar su Información de Salud por razones militares o propósito de seguro nacional.
- **Para Compensación de Accidentes en el Trabajo.** Podemos divulgar su Información para cumplir con leyes de compensación de trabajadores.
- **A Las Instituciones Correccionales o de Oficiales de La Ley Si Usted está Prisionero.**

#### **III. Para Todas las Otras Circunstancias, Podemos Usar o Divulgar Su Información Médica o de Salud Solo Después De Que Usted Haya Firmado un Permiso.** Si usted nos autoriza a divulgar su Información de Salud para otro propósito puede revocar esta autorización en escrito a cualquier momento. He aquí algunos ejemplos:

- Deberán requerir autorización para usar y divulgar notas sobre psicoterapia.
- Deberán requerir autorización para cualquier uso y divulgación para fines comerciales, incluso comunicaciones sobre tratamiento subsidiado.
- Deberán requerir autorización para divulgaciones sobre su información personal de salud que constituyen la venta de información personal de salud.
- Deberán requerir autorización para otros usos y divulgaciones **no descritos en este Aviso de Prácticas de Privacidad.**

**IV. Impacto de la Ley Estatal.** Hasta el punto que la ley Estatal le otorgue más derecho a usted con respecto al control de su Información Médica, seguiremos las ordenes de la ley. Este puede ser el caso si su Información Médica contiene información relacionada con el SIDA, salud mental, alcohol o abuso de drogas y exámenes genéticos entre otros.

**V. Debe Estar Advertido/a Que Podemos Divulgar Su Información de Salud Para los Sigüientes Propósitos:**

**Para Recordarle Sus Citas.** Podemos usar su Información Médica para comunicarnos con Usted y para recordarle sus citas o darle información sobre otros tratamientos o beneficios y servicios disponibles que puedan ser de Interés para Usted.

**VI. Sus Derechos:**

1. Usted tiene el Derecho de solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su Información Médica. Sin embargo, no estamos obligados a cumplir con su petición.
2. Tiene el Derecho de recibir su Información Médica a través de otros medios confidenciales, a través de una alterativa razonable o en una localidad alterna.
3. Tiene el Derecho de Inspeccionar y hacer copia de su Información Médica. Le podremos cobrar un precio razonable para hacerle copias, por el precio del correo y por la preparación de su récord.
4. Usted tiene el Derecho de requerir que se corrija su Información Médica si está incorrecta o incompleta. No estamos obligados a cambiar su Información Médica y le dejaremos saber porque le negamos su petición.
5. Usted tiene el Derecho de recibir una cuenta escrita de las veces que hemos divulgado su Información Médica pero no estamos obligados a responder por estas divulgaciones: autorizadas por usted; hechas para tratamiento, pagos, operaciones de salud; provistas a usted; provistas en respuesta a una autorización; hechas para notificar y comunicar con una familia y para ciertas funciones de gobierno, para mencionar algunas.
6. Usted tiene el Derecho a una copia de este aviso de Prácticas de Privacidad. Si a usted le gustaría una explicación más detallada de estos derechos o le gustaría ejercer uno o más de estos derechos contáctenos usando la información provista enseguida.
7. En cuanto a servicios o artículos de salud completamente pagados por cuenta propia, Usted tiene derecho a solicitar restricciones a las divulgaciones a su Proveedor de Atención de la Salud sobre su Información Personal de Salud; y, deberemos cumplir con su solicitud.
8. Su información protegida de la salud está segura o ha sido encriptada/hecha inservible por una persona no autorizada. Sin embargo, Usted recibirá una notificación sobre cualquier violación de datos de su información personal de salud insegura, si es que ocurre.
9. Tiene el derecho a negarse a ser parte de comunicados relacionados con la captación de fondos.

**VII. Nuestras Deberes.**

- Estamos requeridos por ley a mantener la privacidad de su Información de Salud y Proveerle con una copia de este aviso.
- Estamos requeridos a seguir los términos de este aviso.
- Reservamos el Derecho a corregir este aviso a cualquier momento en el futuro y hacer que las nuevas provisiones a este aviso sean aplicables a toda su Información de Salud aunque hubiese sido creado antes del cambio en el aviso. Si tal cambio se crea lo expondremos inmediatamente en un aviso revisado en nuestra oficina. Le proveeremos otra copia de este aviso tan pronto lo pida.

**VIII. Quejas al Gobierno.**

- Puede someter sus quejas al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos hayan sido violados.
- Prometemos respetar su derecho a quejarse al gobierno sobre nuestras Prácticas de Privacidad.

**IX. Contactos de Información.**

<p><i>Puede contactarnos sobre nuestras Prácticas de Privacidad escribiendo o llamando al oficial de Privacidad al:</i></p> <p>Donna M. Ross The County of Chester Privacy Officer 601 Westtown Road, Suite 330 West Chester, PA 19380-0990 Teléfono: 610-344-4351 • Fax: 610-344-5736 Numero de teléfono gratuito solo en Pa: 1-800-692-1100, ext. 4351</p>	<p><i>Usted puede comunicarse con el Departamento de Salud y servicios humanos (DHHS) en:</i></p> <p>200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201 Teléfono: 1-202-619-0257 Numero de teléfono gratuito: 1-877-696-6775 Pagina de internet: <a href="http://www.hhs.gov/ocr/privacy/">http://www.hhs.gov/ocr/privacy/</a></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**X. Aviso Electrónico.** Este Aviso de Prácticas de Privacidad se encuentra también electrónicamente bajo la dirección [www.chesco.org](http://www.chesco.org), si busca en su computadora.



## LOS CONSUMIDORES ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE EL CONDADO DE CHESTER

Al firmar este reconocimiento, reconozco que el Condado de Chester me proveyó con la información sobre las revisiones del "Aviso de Prácticas de Privacidad".

Fui dado/a la oportunidad de hacer preguntas sobre las prácticas de Privacidad revisadas del Condado de Chester y recibí respuestas a mis preguntas.

Recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad Revisado del Condado de Chester.

Firmado por:

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha