



## Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion

# Notificación de Prácticas de Privacidad

**Fecha de efectividad: 1 de junio, 2013**

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PODRÍA USARSE Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED CONSEGUIR ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTA INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE. ÉSTA ES SU NOTIFICACIÓN SOBRE SUS DERECHOS.

Esta notificación está disponible en otros idiomas y formatos alternativos que cumplen con las normas del Acta para Americanos con Discapacidades (ADA por sus siglas en inglés). Comuníquese con su proveedor de servicios o llame al número central del Departamento de Salud y Servicios Humanos llamando al (503) 588-5357 o por fax al (503) 364-6552.

*En esta notificación, las palabras "nosotros" "nuestro" y "Departamento" significan el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion.*

### Propósito de esta Notificación

El Departamento provee muchos tipos de servicios, tal y como cuidados médicos y servicios de salud mental. El personal del departamento debe recoger información sobre usted para proveer dichos servicios. El Departamento sabe que la información que recoja sobre usted y sobre su salud es privada. De acuerdo a la ley federal y estatal se nos requiere que protejamos esta información. A su información individual de salud la llamamos "información de salud protegida" (PHI por sus siglas en inglés).

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad le explicará cómo puede usar o compartir información el Departamento sobre usted. Puede que no se describa cada una de las situaciones. Si usted tiene preguntas sobre las declaraciones de esta notificación, por favor pregunte a un Proveedor de Servicios. La ley requiere al Departamento de Salud y Servicios Humanos hacer una copia de nuestra notificación de prácticas de privacidad para usted si lo solicita. Por ley, nosotros debemos seguir los términos de la notificación que están actualmente en efecto.

### Cómo Podremos Usar y Compartir Su Información

- **Para el tratamiento.** El Departamento puede usar o compartir información con los proveedores del cuidado de salud que están envueltos en su cuidado de salud. Por ejemplo, puede usarse la información para crear y llevar a cabo un plan para su tratamiento.
- **Para el pago.** El Departamento puede usar o compartir información para recibir pago o pagar por los servicios de cuidados de salud que usted reciba. Por ejemplo, puede que proveamos su información de salud para enviar una factura a su seguro médico por su visita médica en nuestro centro.
- **Para la operación de cuidados de salud.** El Departamento puede usar o compartir información para poder administrar sus programas y actividades. Por ejemplo, puede que usemos la información para revisar la calidad de los servicios que recibe usted.
- **Para arreglos de cuidados de salud organizada.** Puede que usemos o compartamos la información de salud con organizaciones tales como el Sistema Integral de Prestaciones de Servicios del Condado Marion, la Alianza para VIH y la Red de Cuidados de Comportamiento. Nosotros participamos en actividades conjuntas de cuidados de salud tal y como garantizar el cuidado continuo para usted.
- **Para la Organización Certificada Estatal de Cuidados Coordinados.** Puede que usemos o compartamos la información de salud con organizaciones envueltas en la organización de Salud Comunitaria del Valle Willamette (WVCH por sus siglas en inglés). Puede encontrar una lista completa de participantes en las salas de espera de todo el departamento.
- **Para recordatorios de citas y otras notificaciones para usted.** El Departamento puede llamarle o enviarle recordatorios para visitas de cuidados médicos o consejería con nosotros. Le llamaremos al número de teléfono que usted nos proporcione a menos que usted nos pida que le llamemos a un número de teléfono diferente. Usted también nos puede pedir que no le llamemos bajo ninguna circunstancia.
- **Para actividades de salud pública.** El Departamento es la agencia de salud pública que mantiene los registros actualiza registros vitales tales como el acta de nacimiento, defunción y algunas enfermedades contagiosas.
- **Para actividades de supervisión de la salud.** Puede que nosotros usemos o compartamos su información durante inspecciones o en investigaciones de nuestros servicios.
- **Para propósitos de agencias que aplican la ley o los tribunales.** El Departamento usará y compartirá la información cuando se le requiera o permita de acuerdo a la ley estatal y federal.
- **Para reportar o investigar abusos.** Se nos requiere por ley que recibamos y reportemos información sobre abusos y negligencias a las autoridades estatales apropiadas. Esto puede resultar en compartir también la información de salud protegida.
- **Para programas gubernamentales.** El Departamento puede usar y compartir información para beneficios públicos bajo otros programas gubernamentales. Por ejemplo, puede que compartamos su información para revisar la elegibilidad para un programa de nutrición tal como WIC.
- **Para jueces de instrucción, médicos examinadores y directores de funerarias.** Puede que compartamos información para identificar a una persona fallecida y para otras actividades permitidas por la ley.
- **Para evitar daños y para actividades especiales gubernamentales.** El Departamento puede compartir información de salud protegida con agencias encargadas del cumplimiento de la ley u otras agencias del gobierno de Estados Unidos para poder evitar una amenaza seria a la salud y seguridad de cualquier la información de salud protegida para estudios de salud pública y otros reportes. Estos estudios y reportes no identifican a las personas específicamente.
- **Para recaudación de fondos.** El departamento no usará su información para ningún propósito de recaudar fondos.
- **Para un directorio de la institución.** El Departamento no mantiene un directorio de la institución.
- **Para la compensación al trabajador.** Puede que compartamos información de salud para cumplir con las leyes para la compensación al trabajador o para programas similares.
- **Compartir su información con familiares, amigos u otras personas.** Puede que compartamos su información de salud con su familia u otras personas que usted haya identificado como parte de sus cuidados médicos o de salud mental. Usted tiene el derecho a oponerse a compartir esta información con ellos.



# Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion

## Otros Usos que Requieren Su Autorización Escrita para Compartir la Información

**Marketing.** Nosotros debemos obtener su autorización escrita antes de usar su información de salud para poder enviarle materiales de marketing (productos a la venta). Sin embargo, nosotros podemos ofrecerle materiales de venta personalmente o entregarle un certificado de valor nominal sin su autorización. Además, puede que compartamos información sobre productos o servicios relacionados a su tratamiento, administración o coordinación de su caso, tratamientos, terapias, proveedores o cuidados alternativos sin su autorización.

## Otras Leyes que Protegen Su Información de Salud

Muchos programas del Departamento tienen que cumplir con otras leyes federales y estatales sobre el uso y revelación de información. Esto requerirá su autorización. Por ejemplo, usted debe dar su autorización escrita para que nosotros podamos compartir los registros sobre su salud mental y alcohol o drogas. Los tipos de información de salud que tienen derechos de protección de privacidad especiales incluyen, pero no se limitan a: tratamiento de una salud mental y notas de las sesiones de terapia, servicios de tratamiento de abuso de alcohol y drogas, exámenes/pruebas y servicios para VIH/SIDA y pruebas genéticas.

## Sus Derechos de Privacidad de la Información de Salud

Como cliente del Departamento, se le permiten a usted los siguientes derechos:

- **Derecho a ver y recibir copias de sus registros.** En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho a mirar o recibir copias de sus registros. Usted deberá hacer el pedido por escrito. Puede que se le cobre una cuota por el costo de copiar sus registros.
- **Derecho a Solicitar la Corrección o Enmienda a Sus Registros.** Usted puede pedir que se cambie o añada información a sus registros, si usted piensa que existe algún error. Usted deberá hacer esta solicitud por escrito y proveer la razón de su solicitud. Puede que nosotros neguemos su solicitud. Si negamos su solicitud, le enviaremos una carta explicando las razones por las que su solicitud es denegada y cómo puede usted solicitar la revisión de esta decisión.
- **Derecho a Solicitar un Registro de toda la Información Compartida.** Usted tiene el derecho a pedir al Departamento una lista de información compartida tanto rutinaria como no rutinaria solicitada electrónicamente en los últimos tres años desde la fecha de solicitud de esta información. Usted deberá hacer la solicitud por escrito. Usted tiene el derecho a hacer este tipo de solicitud una vez al año.
- **Derecho a Solicitar Límites en el Uso y Revelación de Su Información.** Usted tiene el derecho a pedir al Departamento que limite el uso y revelación de información. Usted deberá hacer dicha solicitud por escrito y especificar qué información desea limitar y/o a quién desea limitar esta información. No se nos requiere a nosotros que estemos de acuerdo con dicha limitación. Usted puede solicitar que la limitación sea anulada por escrito o verbalmente.
- **Derecho a Acceder un Informe.** Tiene el derecho a pedir al Departamento el informe de acceso a documentos que haya tenido una persona en particular, la cual haya accedido y visto su información de salud protegida. Usted deberá hacer la solicitud por escrito.
- **Derecho a Restringir el Uso y Revelación de Información de Salud Protegida a un Plan de Salud cuando Usted Paga por Todo el Servicio de Su Propio Bolsillo.**
- **Derecho a Revocar una Autorización.** Si se le pidió que firmara una autorización para usar o compartir información, usted puede cancelar dicha autorización en cualquier momento. Usted deberá hacer esta solicitud por escrito. Esto no afectará la información que ya ha sido compartida. Excepción: Los clientes del programa contra drogas y alcohol tienen el derecho a revocar esta autorización verbalmente.
- **Derecho a Escoger Cómo Debemos Comunicarnos Con Usted.** Usted tiene el derecho a pedir que compartamos con usted de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que se le envíe la información a la dirección de su trabajo en lugar de la dirección de su casa. O puede pedir que le llamemos a un número de teléfono diferente. Generalmente, usted deberá hacer este pedido por escrito. Usted no tiene que explicar el motivo.
- **Derecho a Presentar una Queja.** Usted tiene el derecho a presentar una queja si usted no está de acuerdo en cuanto a cómo ha usado o compartido el Departamento su información de salud o si usted está en desacuerdo con nuestras prácticas de privacidad en general.
- **Derecho a Recibir o Denegar una Copia de Esta Notificación.** Usted tiene el derecho a pedir en cualquier momento una copia en papel de esta notificación.
- **Derecho a ser Notificado de un Incumplimiento.** Usted tiene el derecho a ser notificado si nosotros (o un negocio asociado) descubre un incumplimiento de su información de salud inseguro.

## Para Más Información y Para Comunicarse con Nosotros

Usted puede comunicarse con su Proveedor de Servicios o con su Oficial de Privacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos en cualquier momento si usted tiene una pregunta sobre esta notificación o si necesita recibir más información en cuanto a cómo usar estos derechos. Por favor use la dirección y números de teléfono de abajo.

<p>Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion Oficial de privacidad 3180 Center Street NE Salem, OR 97301 Número de teléfono: 503-588-5357 <a href="http://www.co.marion.or.us/HLT/Pages/hipaa.aspx">http://www.co.marion.or.us/HLT/Pages/hipaa.aspx</a></p>	<p>Oficina de Derechos Civiles – Región X Departamento de Salud y Recursos Humanos de USA 2201 Sixth Avenue – M/S: RX-11 Seattle, WA 98121-1831 Teléfono: 800-368-1019 • TTY: 800-537-7697 • FAX: 206-615-2297 Email: <a href="mailto:OCRComplaint@hhs.gov">OCRComplaint@hhs.gov</a></p>
--	--

## Cómo Presentar una Queja o Reportar un Presunto Problema

Usted puede comunicarse con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de USA (DHHS por sus siglas en inglés) mencionado arriba, si desea presentar una queja o reportar un problema sobre la forma que en que ha usado o compartido información el Departamento. Los servicios que proveemos no serán afectados por ninguna queja presentada por usted. El Departamento no puede tomar represalias contra usted por presentar una queja, cooperar en una investigación o rehusar estar de acuerdo con algo que usted cree que es ilegal.



## *Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion*

### **Duración de Esta Notificación**

Usted puede cambiar los términos de esta notificación en cualquier momento. Cualquier cambio aplicará a información que ya tenemos así como información que podamos recibir en el futuro. Se colocará una copia de la nueva notificación en cada centro de Proveedores de Servicios del Departamento de Salud y Servicios Humanos y será provista de acuerdo a la ley. Usted puede solicitar una copia de la notificación actual en cualquier momento que visite un centro del Departamento de Salud y Servicios Humanos o por internet en:

<http://www.co.marion.or.us/HLT/Pages/hipaa.aspx>.