



Departamento de Salud del Condado de Madison
Aviso de Prácticas de Privacidad
Revisado el 23 de septiembre de 2013

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada y divulgada, y cómo usted puede obtener acceso a esta información. **POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.** Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad al 859-626-4241.

1. ¿Quién seguirá este aviso?

El Departamento de salud del Condado de Madison (MCHD) proporciona atención médica a nuestros pacientes, en cooperación con los médicos y otros profesionales y organizaciones. Las prácticas de privacidad en este aviso será seguido por:

- cualquier profesional médico que lo atiende en cualquiera de nuestras instalaciones, en su casa o en la escuela de su hijo
- todas las divisiones y unidades de trabajo de nuestra organización.
- todos los empleados, contratistas o voluntarios de nuestra organización.
- cualquier socio o socia de MCHD con quienes compartimos información de salud.

Nota: Puede que se le requiera a la Agencia de MEPCO Salud en el Hogar que distribuya un aviso de prácticas de privacidad específicas para los pacientes de salud en el hogar.

2. El Departamento de Salud del Condado Madison protegerá su información de salud:
Información de Salud Protegida incluye información acerca de:

- información de salud del pasado, presente, o futuro
- cuidado de salud que ha recibido
- pago por su cuidado de salud

La Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud HIPAA (Ley de 1996) dice que debemos de:

- a) proteger esta información para asegurarnos que se mantenga privada
- b) seguir las prácticas de privacidad descritas en este aviso
- c) compartir solamente la mínima cantidad requerida de información que sea necesaria

Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad y este aviso en cualquier momento. Si lo hacemos, publicaremos un nuevo aviso en las salas de espera del MCHD (por sus siglas en inglés) y distribuirlo a nuevos pacientes o clientes que vemos en la clínica, en casas, o escuelas. Usted puede solicitar una copia de la nueva notificación o usted la puede obtener en nuestro sitio de la red en:

<http://www.madisoncountyhealthdept.org/>. Le pedirá que

firmo un formulario que documenta que ha recibido nuestro aviso de privacidad.

3. ¿Cómo podríamos utilizar su Información de Salud Protegida?

La ley dice que el Departamento de Salud del Condado de Madison puede utilizar su Información de Salud Protegida por estas razones:

- **Para su uso por los médicos, enfermeras, Enfermeras Registradas de Practica Avanzada (APRN- por sus siglas en inglés), y otros proveedores del cuidado de salud** quien necesita atenderlo en el MCHD, en su hogar, o en la escuela de su hijo.
- **Para obtener el pago por los servicios que le damos.** Por ejemplo, podríamos darle su información a Medicaid, Medicare, o a otro asegurador para poder ser pagado.
- **Para funcionar dentro de nuestros programas habituales.** Por ejemplo, para evaluar la calidad del cuidado que le hemos dado.
- **Para compartir con proveedores de salud a los cuales enviamos pacientes ha o que nos envía pacientes.**
- **Para recordarle de su cita, y para proveerle con información acerca de su salud relacionada con beneficios y servicios, los cuales pueden incluir mandar información a su casa.** Nos puede decir si no quiere recibir esta information.

4. Podemos compartir su Información de Salud Protegida con su autorización cuando:

- Usted firma una autorización válida; usted puede *cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento.*
- Usos o divulgación de la información de salud protegida (PHI- por sus siglas en inglés) para propósito de comercialización requiere autorización;
- La divulgación o la venta de PHI requiere autorización;
- Contacto para recordarle citas telefónicas o texto requiere autorización.

5. Podemos compartir su Información de Salud Protegida sin su autorización cuando:

- Es requerido por la ley ej.; sospecha de abuso infantil o negligencia.
- Es posible que haya abuso, negligencia, violencia domestica, o actividad criminal.
- Hay una orden de corte.
- Necesitamos revisar su expediente para asegurar que estamos siguiendo la ley.
- Tenemos que recoger información acerca de enfermedades o lesiones, o para informar sobre nacimientos y muertes a otros los proveedores de servicios de salud.
- Necesitamos darle información a una agencia que reporta o examina enfermedades o lesiones inusuales.

- Necesitamos compartir su información con médicos forenses y directores de funerarias en el caso de su muerte y con agencias donantes de órganos, tejidos y sangre.
- Necesitamos compartir su información con la autoridad de la ley, prisiones o los militares, etc. si hay una amenaza para salud y seguridad.
- Al revelar a las agencias de salud pública para ayudar a controlar y a seguir enfermedades de notificación reportadas, lesión o incapacidad.

6. Usted puede negarse a compartir su Información de Salud Protegida:

- Si usted no quiere que otros tengan su Información de Salud Protegida como es designado en #2 debe de ser por escrito. Esto puede limitar la habilidad de otros proveedores de salud a atenderla. Si usted está muy enferma, puede que no sea capaz de decidir “no”. Cuando sea posible, tienen que darle la oportunidad de decir “no” por escrito.
- Estamos de acuerdo en restringir la divulgación de PHI a un plan de salud cuando usted (el paciente) paga por el servicio o artículo en cuestión de su propio bolsillo en su totalidad;

7. Usted tiene otros derechos. Usted puede:

- **Pedir que limitemos el uso de su Información de Salud Protegida**
No tenemos que estar de acuerdo a esos límites. Si estamos de acuerdo, lo haremos por escrito y seguiremos su petición al menos de que haya una emergencia, o al menos de que la autoridad de ley, la corte, o el gobierno pida la información. No vamos a estar de acuerdo con su petición si van contra la ley. Puede cancelar este limite verbalmente con nosotros.
- **Díganos cómo y en donde contactarlo/a.**
Nosotros haremos lo mejor para seguir sus instrucciones.
- **Pida revisar su información de salud protegida.**
Usted tiene que pedirlo por escrito. Nosotros le responderemos en 30 días o menos. Si nosotros le decimos que no puede ver su Información de Salud Protegida, nosotros le diremos porque por escrito. Usted puede pedirnos que revisemos su solicitud otra vez. Usted tiene el derecho a revisar su información mientras la mantengamos.
- **Solicite copias de su Información Protegida de Salud.** Usted nos tiene que decir por escrito que tipo de copia quiere y firmar un permiso de autorización. No habrá ningún costo para usted. **Nota:** Puede que hayan cargos de costos de copias de su Información de Salud Protegida para abogados y terceras personas.
- **Pídanos por escrito corregir o agregar a su Información de Salud Protegida O si usted piensa que hay algo equivocado con su información o si falta algo.** Nosotros le responderemos dentro de 60 días de cuando

obtengamos su carta. Puede que digamos “no” Si pensamos que la Información de Salud Protegida es:

- (a) acertada y completa
- (b) de otra agencia y no del Departamento de Salud Condado de Madison
- (c) no en un conjunto de registro designado
- (d) no está sujeto a ser revisado por usted

Nosotros le diremos porque no puede cambiar su Información de Salud Protegida.

Nosotros también le diremos como tener su solicitud revisada otra vez.
Si estamos de acuerdo en que su Información de Salud Protegida está equivocada nosotros la cambiaremos. Nosotros le informaremos a usted y a otros que necesiten saber de los cambios.

• Solicite por escrito por un recuento de su información que hemos compartido con otros.

Nosotros le diremos a usted:

- (a) con quien la hemos compartido
- (b) que compartimos
- (c) cuando la compartimos, y
- (d) porque la compartimos

Nosotros le haremos saber esta información por escrito (en forma impresa o electrónica) dentro de los 60 días de haber recibido su solicitud. No hay cargos de costo por una solicitud por año. Nosotros le daremos información hasta por un periodo de cinco- años que comenzó después del 12 de Abril, 2003

8. Usted tiene el derecho a ser notificado cundo un incumplimiento de PHI no garantizada ha ocurrido.

En el caso de un incumplimiento por inseguridad de la Información de su Salud Protegida, nosotros se lo notificaremos como es requerido por ley. En algunas circunstancias un asociado de nuestra agencia puede proveerle la notificación.

9. Persona a contactar en el Departamento de Salud del Condado de Madison:

Si usted tiene preguntas acerca de este Aviso de Privacidad o quejas acerca de nuestra práctica de privacidad por favor contacte a nuestro oficial de privacidad, Al Departamento de Salud del Condado de Madison, 216 Boggs Lane, Richmond, KY 40476

10. Usted puede presentar una queja:

Si usted piensa que hemos cometido un error al proteger su información usted puede reportarlo escribiéndonos, o al Departamento Servicios Humanos de Salud de los E.U. a HHS Asesor de Privacidad John Fanning, Edificio HH, sala 440-D, Washington, C. 20201. No habrá ninguna represalia por presentar una queja.