



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Henderson County, NC

Departamento de Salud Pública del Condado de Henderson

Aviso de Normas

Aviso Original efectivo el 14 de Abril del 2003

Revisado el 22 de Septiembre del 2014

**ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y LA MANERA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN.
POR FAVOR LéALO CUIDADOSAMENTE.
POR LEY SE NOS EXIGE PROTEGER LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Por ley se nos exige proteger la privacidad de su información médica y de la información que le identifica a usted. También se nos exige entregarle este aviso sobre las normas de privacidad, nuestras responsabilidades legales y sus derechos con respecto a su información médica. Debemos seguir las normas de privacidad que se describen en este aviso en tanto que esté vigente. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y nuestras normas de privacidad en cualquier momento, siempre que lo permita la ley. También nos reservamos el derecho de hacer cambios a nuestras normas de privacidad para toda la información de la salud que nosotros tenemos sobre usted, así como toda la información de la salud que hubiésemos creado o recibido antes de hacer los cambios. Antes de hacer algún cambio significativo en nuestras normas de privacidad, actualizaremos este aviso y le enviaremos el nuevo aviso en cuanto lo solicite. Puede pedir una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Si usted tiene preguntas acerca de la información en este aviso o acerca de nuestras políticas de privacidad, procedimientos o prácticas, puede contactarnos mediante la información de contacto al final de este aviso.

CÓMO USAMOS Y REVELAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA EN CASOS DETERMINADOS CONCRETOS

Podemos usar y revelar su información médica sobre su tratamiento, pagos y gestiones relacionadas con la atención médica. Los ejemplos dados son con propósito de ilustrar y no son exhaustivos.

- **Atención médica:** Podemos usar y revelar su información médica a un médico o a algún otro proveedor relacionado con su atención médica. Por ejemplo, su información médica puede ser provista a otro proveedor médico que usted prefiera asegurándose que este proveedor tiene la información necesaria para diagnosticar o darle atención médica.
- **Pago:** Podemos usar y revelar su información médica para obtener el pago por los servicios que le hemos facilitado. Por ejemplo, podemos revelar a su plan de salud su información médica para obtener aprobación para procedimiento médico.
- **Gestiones relacionadas con la atención médica:** Podemos usar y revelar su información médica para apoyar nuestras gestiones empresariales. Por ejemplo, podemos revelar su información médica para propósitos de manejo de su caso. Estas gestiones pueden incluir la evaluación y mejoramiento de la calidad, revisión de la competencia o cualificaciones de su proveedor de atención médica y la evaluación del desempeño de su proveedor de atención médica; llevando a cabo programas de capacitación, acreditación, certificación, licenciamiento o autorización de actividades.
- **Su autorización.** Sin su autorización por escrito, no podemos usar ni revelar su información médica por ningún motivo excepto en los casos que se describen en este aviso. Además de usar su información médica para tratamiento médico, pago o gestiones relacionadas con la atención médica, usted nos puede autorizar a usar o revelar su información a cualquier persona por cualquier motivo. Si usted nos da la autorización, usted puede revocarla en cualquier momento enviándonos un aviso por escrito. Su revocación no afectará cualquier uso o revelación que estaba permitida en tanto que estuvo vigente su autorización.
- **Notas de Psicoterapia:** La mayoría del uso y revelación de las notas de psicoterapia requieren su autorización por escrito. Usted puede informarse sobre los usos y revelaciones específicas permitidas de las notas de psicoterapia sin su autorización.
- **Recaudación de Fondos:** Usted tiene el derecho de decidir no recibir comunicaciones de recaudación de fondos.
- **Información Personal:** Su información personal no será usada o revelada para propósitos de suscripción.
- **Venta de Información Médica:** el uso o revelación de su información médica que constituya una venta no se permitirá sin su autorización.
- **Revelaciones a usted, su familia y amigos.** Tenemos la obligación de revelar a usted su información médica según la ley de Derechos del Paciente descrita en este aviso. Si usted nos da la autorización, es posible que revelemos su información de la salud a algún miembro de su familia, a un amigo/a o a otras personas a quienes usted nos indicó que están participando en su cuidado o pago por su atención médica.
- **Personas relacionadas con su atención médica.** Es posible que usemos o revelemos su nombre, su ubicación y su condición general o fallecimiento, para avisar o ayudarle a avisar a algún miembro de su familia o a su representante personal, u otras personas que estén participando en su cuidado. Si usted está presente, le daremos la oportunidad de objetar la revelación de su información médica a estas personas. Si usted está incapacitado, o en caso de una emergencia, podremos revelar su estado médico a estas personas si determinamos que la revelación es lo más conveniente para usted. También usaremos nuestro criterio y experiencia profesional para tomar decisiones sobre lo más conveniente para usted y autorizar a que una persona recoja recetas médicas, artículos de salud, radiografías (rayos X) y otros tipos similares de información médica.

- **Mercadeo de servicios relacionados con la salud:** El uso o revelación de información médica para propósitos de mercadeo requerirá su autorización por escrito.
- **La ley lo exige.** Podemos usar o revelar su información médica cuando la ley nos lo exija.
- **Abuso o negligencia.** Podemos revelar su información médica a las autoridades apropiadas si tenemos la certeza de que usted ha sido víctima de abuso, negligencia, violencia interfamiliar o algún otro tipo de delito. Podemos revelar su información médica si su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otras personas, se ven seriamente amenazadas.
- **Seguridad Nacional:** Si usted está o estuvo en las fuerzas armadas, podemos revelar la información médica del personal de las fuerzas armadas a las autoridades militares en casos determinados. Podemos revelar la información médica a las autoridades federales que estén autorizadas según exige la ley en casos legales de inteligencia, contraespionaje, y otras actividades relacionadas con la seguridad nacional. En casos determinados, podemos revelar la información médica a las autoridades penitenciarias o policiales que están a cargo de la información médica de presos o pacientes.
- **Recordatorio de citas:** Podemos usar o revelar su información médica para recordarle mediante llamadas telefónicas, tarjetas postales o cartas, que tiene citas médicas previstas.

DERECHOS DEL PACIENTE

- **Derecho de acceso:** Usted tiene el derecho de ver u obtener una copia de su información médica, salvo casos excepcionales. Puede pedir que le proporcionemos copias en otro formato que no sea fotocopias. Usaremos el formato que solicite a no ser que sea prácticamente imposible. Debe hacer la solicitud de la copia por escrito. Puede solicitar el formulario para obtener atención médica de su proveedor. Cobraremos una cuota razonable para cubrir el costo del copiado de la información. Para más detalles sobre cuándo este derecho le puede ser denegado, por favor hable con su proveedor de atención médica.
- **Derecho a solicitar una lista de las revelaciones:** Usted tiene el derecho a recibir una lista de ciertos casos en los que nosotros o nuestros socios empresariales revelaron su información médica para otros fines que no sean nuestro tratamiento, pago o por gestiones de atención médica y algunas otras actividades. Usted tiene el derecho a esta lista de revelaciones de seis años previos a la fecha en que usted hizo la solicitud, pero no lo puede hacer antes del 14 de abril del 2003. Si usted solicita esta lista más de una vez en un periodo de 12 meses, es posible que le cobremos una cuota razonable por la preparación de la lista.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar que se apliquen restricciones adicionales al uso o revelación de su información médica. Excepto en caso que pague de su bolsillo como se describe en el párrafo siguiente. No se nos exige que estemos de acuerdo con estas restricciones, pero, si estamos de acuerdo, nos limitaremos a nuestro acuerdo (salvo casos de emergencia).
- **Pagando de su bolsillo:** Si usted está pagando de su bolsillo todo el servicio o gestión relacionada con su atención médica, entonces tiene el derecho de solicitar que nosotros limitemos el revelar su información o gestión médica relacionada con el servicio para propósitos de pago. Nosotros honraremos su pedido de limitar revelar información a menos que sea de otra manera requerida por la ley. {agar solo los deducibles de seguros o copagos no ejercita este derecho. Usted deberá solicitar restricciones adicionales y hacer un pago completo de su bolsillo para limitar revelar información de seguimiento médico.
- **Derecho a comunicaciones alternativas.** Usted puede solicitar que nos comuniquemos sobre su información médica por vías alternativas o en otro lugar.
- **{Tiene que pedirlo por escrito}.** Su petición debe especificar la vía alternativa o lugar y facilitar información satisfactoria sobre cómo se efectuará el pago en este caso.
- **Modificaciones o enmiendas:** Usted tiene el derecho a solicitar que modifiquemos su información médica. (Su petición tiene que ser por escrito y debe explicar por qué la información debe ser modificada). Le podemos denegar la solicitud en casos especiales.
- **Aviso electrónico:** Si recibe este aviso en nuestro sitio en la red o por correo electrónico, tiene derecho a recibir este aviso por escrito si usted lo solicita.
- **Notificación de Violación de Información Médica:** Si determinamos que ha ocurrido una violación de su información médica, usted tiene el derecho de ser notificado.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, puede comunicarse con nosotros usando la información al final de este aviso. Si usted cree que hemos violado su derecho de privacidad, o si no está de acuerdo con alguna decisión que hayamos tomado relacionada con su información médica, o como respuesta a una petición que usted haya hecho para modificar o restringir el uso o revelación de su información médica, o si ha pedido que nos comuniquemos con usted por vías o en lugares alternativos; puede enviarnos una queja formal usando la información de contacto que aparece en el final de este aviso. También puede enviar una queja formal por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América (Secretary of the U. S. Department of Health and Human Services) en Washington, D.C. Si usted lo pide, le daremos la dirección para presentar una queja ante del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América. Usted tiene nuestro apoyo en lo referente a la privacidad de su información médica. No tomaremos ninguna medida en contra suya, ni de ninguna otra manera sufrirá represalias, si usted presenta una queja formal ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América.

Oficial de privacidad HIPPA

1 Historic Courthouse Square, Suite 5, Hendersonville, NC 28792
828-697-4710

Oficial de privacidad HCDPH

1200 Spartanburg Hwy. Hendersonsonville, NC 28792
828-692-4223