Hillsborough County
Florida

Notificación de prácticas de privacidad de información en el Condado de Hillsborough

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA CUIDADOSAMENTE.

El Condado de Hillsborough tiene que mantener la privacidad de su información de salud, como lo requieren las leyes federales y estatales. La ley también exige que le enviemos un aviso para informarle acerca de la ley, sus derechos y nuestras prácticas de privacidad. Este aviso aplica a los departamentos, divisiones o secciones que trabajan con sus necesidades de atención médica. Ellos son:

Servicios a personas de la Tercera Edad
Servicios a los niños
Unidad de Justicia Criminal
Departamento de Bomberos y Rescate
Programa Head Start/ Early Head Start
Departamento de Salud y Servicios Sociales
División de Recursos Humanos

Este aviso entra en vigor el 23 de septiembre 2013 y continuará hasta que sea remplazado. Usted encontrará este y otros futuros avisos publicados en nuestros centros de servicio, y en nuestra página de Internet (http://www.hillsboroughcounty.org/hipaa/home.html).

COMO PODRÍAMOS USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Como parte de las actividades del día a día, el Condado de Hillsborough puede necesitar crear, recibir o mantener información médica acerca de usted. Para proporcionar tratamiento, manejar actividades de facturación y de pago y para administrar nuestros servicios, podemos usar y divulgar (compartir) su información de salud protegida sin obtener su autorización por escrito. Ejemplos de cómo podemos utilizar o divulgar su información incluyen las siguientes actividades:

Para tratamiento: Podemos usar su información médica para proporcionarle servicios de atención médica relacionados con el tratamiento. Podemos utilizar su información médica para organizar el transporte y coordinar la prestación de la atención apropiada a través de los proveedores contratados. Podríamos usar su información para contratar con proveedores y planes para el tratamiento médico de los Beneficios de los Empleados de Salud. Su información también puede ser compartida con socios de negocios del Condado relacionados con el tratamiento.

Para pago: Podemos usar y compartir su información médica para que nosotros u otros puedan facturar y recibir pago de usted, de una compañía de seguros o un de tercero por el tratamiento y los servicios que recibió.

Para operaciones de atención médica: Podemos usar y compartir su información de salud para operaciones de cuidado de salud. Estos usos y divulgaciones son necesarios para asegurarse de que usted reciba una atención de calidad, para verificar que en realidad se está recibiendo los servicios que están programados y desarrollar mejores maneras de proporcionar cuidado. También podemos revelar su información de salud a los planes de salud que ofrecen cobertura de seguro y otros servicios de salud.

OTROS USOS Y NOTAS ACLARATIRIAS O SITUACIONES ESPECIALES:

Cumpliendo con los requisitos de leyes internacionales, federales , estatales o locales

Para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad del público o de otra persona

A los **Socios Comerciales** que realizan funciones a nombre nuestro o nos proporcionan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos usar otra empresa para realizar los servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros socios están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o revelar cualquier información distinta a la permitida por los términos de un contrato de asociación de empresas aplicable.

Para actividades de supervisión de la salud que incluyen, por ejemplo, auditorias, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

Para demandas, disputas y demandas judiciales en respuesta a una orden judicial o administrativa, o si está de acuerdo.

A los agentes del orden público, para la aplicación de la ley en respuesta a una orden judicial, citación o proceso similar sujeto a todos los requisitos legales.

Para la Investigación, Bajo ciertas circunstancias, podemos utilizar y divulgar información médica a investigadores licenciados o grupos sociales, que se encuentran bajo reglas estrictas en cuanto a la forma en que usamos y revelamos información médica. Por ejemplo, los investigadores o miembros de la revisión médica pueden usar la información sobre las personas con su condición en un estudio para mejorar las formas de tratar o controlar las enfermedades.

Para riesgos de salud pública, Con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades, o para reportar nacimientos, defunciones, sospechas de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas sobre el retiro de productos que pueden estar utilizando, una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición, y la autoridad gubernamental apropiada, si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente haremos esta revelación si usted está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley.

Otros usos y divulgaciones cuando sean necesarias conforme a lo autorizado por la ley o si está de acuerdo, Podemos revelar Información de salud a los siguientes, cuando sea

requerido o autorizado por la ley o con su consentimiento: médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias, organizaciones de donación de tejidos y órganos, los militares, actividades de seguridad nacional e inteligencia, servicios de protección al Presidente asuntos de workers' compensation, presidiarios o individuos bajo custodia en una institución correccional o un oficial del orden público.

En caso de llevar a cabo actividades de suscripción, no vamos a usar o revelar información genética para fines de suscripción.

SE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Los siguientes usos y divulgaciones de su información de salud se harán sólo con su autorización escrita:

1. Usos y divulgaciones de información de salud para fines de mercadeo;

2. Revelaciones que constituyen una venta de su información de salud, y

3. La mayoría de los usos y revelaciones de las notas de psicoterapia.

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por este aviso o las leyes que aplican a nosotros se harán sólo con su autorización por escrito. Si nos da una autorización, puede revocarla en cualquier momento mediante la presentación de una revocación por escrito a nuestro oficial de enlace de HIPAA y no podremos revelar información médica bajo la autorización. Cualquier revelación que hemos hecho en relación con su autorización antes de la revocación no será afectada por la misma.

USOS Y REVELACIONES QUE REQUIEREN DARLE A USTED LA OPORTUNIDAD DE OBJETAR:

1. A un miembro de su familia, un pariente, un amigo o cualquier otra persona que usted identifique, si la información de salud protegida se relaciona directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si usted no puede aceptar u objetar tal revelación, podemos revelar dicha información cuando sea necesario si determinamos que es en su mejor interés basado en nuestro criterio profesional.

2. A las organizaciones de socorro que buscan su información médica protegida para coordinar su atención, o notificar a los amigos y familiares de su ubicación o estado en un desastre. Le daremos la oportunidad de aceptar u oponerse a tal divulgación siempre que podamos hacerlo.

3. En caso de recaudación de fondos donde usted puede ser contactado pidiendo su ayuda. Si usted nos comunica por escrito que no desea recibir este tipo de comunicaciones, no utilizaremos ni divulgaremos su información para estos fines.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Derecho a inspeccionar y copiar, Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica que puede ser usada para tomar decisiones acerca de su cuidado o pago por su cuidado. Esto incluye los registros médicos y de facturación, que no sean notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar la información de salud, usted debe hacer su petición

por escrito a la dirección indicada al final de este aviso. Tenemos hasta 30 días para que su información de salud este disponible para usted y le cobraremos una cuota razonable por los costos de copias, envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud. Podemos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias limitadas. Si negamos su solicitud, usted tiene derecho a que se revise la denegación por un profesional médico con licencia que no participó directamente en la denegación de su solicitud, y nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

Derecho a una copia electrónica de registros médicos, Si su información de salud se mantiene en un formato electrónico (conocido como un registro médico electrónico o una historia clínica electrónica), usted tiene el derecho de solicitar que la información sea dada o transmitida a otra persona o entidad. Haremos todo lo posible para facilitar el acceso a su información médica protegida en la forma o formato que usted solicita, si es fácilmente reproducible en la forma o formato solicitado. Si la información de salud protegida no es fácilmente reproducible en la forma o formato que usted solicita, su registro se facilitará en cualquiera de nuestros formularios electrónicos estándar o, si no desea este formulario o formato, una forma impresa legible. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo de la mano de obra asociados con la transmisión de la historia clínica electrónica.

Derecho a recibir un aviso de incumplimiento, Usted tiene el derecho a ser informado de cualquier incumplimiento relacionado con su información de salud protegida.

Derecho a enmendar, Si usted siente que la información médica que tenemos es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Para solicitar una enmienda, debe hacer su petición por escrito, con una descripción de la razón por la que usted quiere que su información sea modificada, a la dirección que aparece al final de este aviso. Podemos denegar su solicitud si: (1) no creemos la información, a menos que la persona o entidad ya no está disponible para hacer la enmienda; (2) la información no forma parte de la información de salud que mantenemos, (3) la información no forma parte de la información de salud que se le permitiría inspeccionar o copiar, y (4) la información no es exacta y completa. Si rechazamos su solicitud, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y se le proporcionará una copia.

Derecho a una contabilidad de información divulgada, Usted tiene el derecho de solicitar una lista de ciertas revelaciones que hemos hecho de su información médica para fines de las distintas operaciones de tratamiento, pago y la salud o para el que no proporcionó una autorización escrita. Usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de enlace de HIPAA. Se debe indicar un período de tiempo, que no podrá ser mayor de seis años. El primer informe de las divulgaciones en cualquier período de 12 meses será gratuito. Cualquier solicitud adicional dentro de ese mismo período de tiempo puede requerir el cobro de un costo razonable.

Derecho a solicitar restricciones, Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que divulguemos a alguien involucrado en su cuidado o el pago para su cuidado, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted podría solicitar que no compartamos información sobre un diagnóstico o tratamiento en particular con su cónyuge. Para solicitar una restricción, usted debe hacer su solicitud por escrito y describir la restricción a la dirección que aparece al final de este aviso.

Nota: no estamos obligados a aceptar su solicitud, a menos que usted nos esté pidiendo restringir el uso y divulgación de su información de salud a un plan de salud con fines de pago o de operaciones de atención de salud y la información que desea restringir se refiere exclusivamente a un artículo de atención de o servicio que se ha pagado en su totalidad "de su bolsillo". Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia o de otra manera requerida por la ley.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales, Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos con usted por correo electrónico o en el trabajo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su petición por escrito a la dirección indicada al final de este aviso. Su solicitud debe especificar cómo o adónde desea ser contactado. Cumpliremos con las solicitudes razonables.

Derecho a una copia impresa de este aviso, Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Usted puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, usted todavía tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Usted puede obtener una copia de este aviso en nuestra página de Internet, http://www.hillsboroughcounty.org/hipaa/home.html.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer el nuevo aviso y aplicarlo a la información médica que ya tenemos, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Fijaremos una copia de nuestro aviso actual en nuestras oficinas y en la página de Internet.

QUEJAS
Si usted cree que sus derechos han sido violados, puede presentar una queja con nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja en nuestra oficina, en contacto con el Oficial de cumplimiento de HIPAA del Condado de Hillsborough, 601 E. Kennedy Blvd., Piso 24, Tampa, Florida 33602, teléfono 813-276-2742. Usted no será penalizado por presentar una queja.

SOLICITUDES

Todas las solicitudes deben hacerse por escrito y enviarse por correo a:

HIPAA Compliance Officer
601 E. Kennedy Blvd. Piso 24
Tampa, Florida 33602.