

## NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO EL PROGRAMA DE INMUNIZACIONES Y PRUEBAS DE TUBERCULOSIS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA DEL CONDADO DE AMADOR PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MEDICA PERSONAL Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

### **POR FAVOR LEALO CON ATENCIÓN**

#### QUIEN SEGUIRA LAS NORMAS DE ESTA NOTIFICACIÓN:

Esta notificación describe las practicas de privacidad del Departamento de Salud Publica del Condado de Amador (ACPH) y de cualquiera de los profesionales de salud o agencia de cuidado u organización con la cual el Departamento de Salud Publica contrate servicios y quien le pueda proveer a usted dichos servicios a petición nuestra o por nuestra referencia.

#### NUESTRA PROMESA SOBRE SU INFORMACIÓN MEDICA

ACPH crea expedientes de salud para proveer cuidado de calidad y cumplir con requisitos legales. ACPH entiende que su información medica es personal y privada, y que estamos comprometidos a proteger esta información de acuerdo a la ley.

La ley requiere que ACPH mantenga su información privada y proveerle a usted esta notificación de nuestros deberes legales y practicas de privacidad cuando usted recibe cuidado medico y servicios relacionados con el ACPH. La ley también requiere que ACPH siga los términos de la notificación que estén vigentes.

Esta notificación le informara de las maneras en las cuales ACPH puede usar y revelar su información medica. El ACPH se reserva el derecho de cambiar practicas y hacer nuevas provisiones efectivas para toda la información que mantiene. Usted puede hacer una petición para obtener una copia actual de esta notificación en cualquier momento.

#### **A. Requisito General de Autorización Escrita Para Uso o Revelación de Información Medica.**

Como es requerido por el estado o ley federal, ACPH generalmente obtiene su autorización escrita antes de usar su información medica o al compartirla con otros fuera del ACPH.

#### **B. Excepciones del Requisito de Autorización Escrita Previamente.**

El ACPH puede usar y revelar información medica para los siguientes propósitos sin obtener su autorización escrita previamente, como permita el estado y la ley federal:

**1. Para Tratamiento.**

ACPH usa y revela información medica para proveerle a usted tratamiento medico y servicios relacionados. Por ejemplo:

- ~ Doctores, enfermeras, u otro personal del ACPH pueden registrar su información, y pueden compartir esta información con otros empleados del ACPH.
- ~ El ACPH puede revelar su información medica a personas fuera del ACPH involucrados en su cuidado medico quien provee tratamiento y servicios relacionados.
- ~ El ACPH puede que use y revele su información medica al ponernos en contacto con usted para recordarle de citas para tratamiento o servicios relacionados con su salud.
- ~ En emergencias, el ACPH puede que use o revele su información medica para proveerle tratamiento. El ACPH hará el mejor esfuerzo posible en obtener su permiso para usar o revelar su información medica tan pronto sea practico y razonable.

**2. Para pagos.**

El ACPH puede usar y revelar su información medica con el fin de obtener pago de usted, de compañías de plan de salud, o de terceras personas para servicios que le hemos prestado. La información con o acompañando estas facturas pueden que lo identifiquen a usted, también como diagnósticos, evaluación, tratamiento recibido, y los materiales médicos que fueron usados. Adicionalmente, también puede que seamos requeridos en obtener aprobación previa de su plan de salud para determinar si los servicios que son recomendados son cubiertos bajo su plan.

**3. Para operaciones de cuidado medico.**

El ACPH puede usar información de su expediente medico para evaluar el cuidado y los resultados de su caso para mejorar nuestros servicios, para análisis estadísticos, para fines educacionales, y para procesos administrativos tales como compras de aparatos médicos, o para obtener información monetaria para la auditoria. En algunos de estos casos, nosotros podemos eliminar información que lo identifique personalmente.

**4. Para ayuda en caso de desastres.**

El ACPH puede usar o revelar su expediente medico a una entidad publica o privada autorizada por ley o por su constitución para asistir en los esfuerzos de ayuda en desastres.

5. **Para prevenir seria amenaza a la salud o seguridad.**

El ACPH puede usar y revelar su información medica cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a la salud o seguridad, o para la salud o seguridad publica o de otra persona.

6. **Como es requerido por ley.**

El ACPH puede revelar su información medica cuando es requerido por ley federal, estatal, o local.

7. **Como es requerido por un tribunal u orden administrativa.**

El ACPH puede revelar su información medica en respuesta a un tribunal u orden administrativa, y otros fines legales.

8. **Para informes mandatorios de abuso.**

El ACPH puede revelar su información medica como es requerido por ley al reportar circunstancias de abuso o sospecha de abuso, descuido o violencia domestica.

9. **Para actividades de la supervisión de la salud.**

El ACPH puede usar y revelar su información medica como sea necesario para que el gobierno vigile el sistema de salud publica, programas gubernamentales, y conforme a las leyes de derechos civiles.

10. **Como es requerido por procedimientos judiciales y administrativos.**

El ACPH revelara su información medica como es permitido por ley, en respuesta a una citación, petición de descubrimiento u otro proceso legal. En estas situaciones, antes de revelar haremos un esfuerzo de buena fe para infórmale de la petición y/ o para obtener una orden protegiendo la información requerida. También revelaremos solamente información que sea necesaria y pertinente a la petición.

11. **Para ciertos fines militares y de veteranos.**

Si es usted militar o veterano, el ACPH puede revelar su información medica a las autoridades militares apropiadas como es requerido por el mandato de autoridades militares.

**12. Para ciertos fines de cumplimiento de ley.**

El ACPH puede revelar su información médica en respuesta a un oficial de la ley bajo las siguientes circunstancias:

Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial, o persona desaparecida;

Si usted es víctima de un crimen, bajo ciertas circunstancias limitadas, nosotros no podemos obtener el consentimiento de la persona;

Sobre una muerte que creemos haya sido el resultado de conducta criminal;

Sobre conducta criminal en nuestras instalaciones;

En circunstancias de emergencia: para reportar un crimen, la localidad del crimen o de la víctima, o la identidad, descripción o localidad de la persona que cometió el crimen.

**13. Para médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.**

**14. Para presos e instituciones correccionales.**

Si usted está preso en una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, el ACPH puede revelar su información médica a la institución correccional o a un oficial de la ley, como sea necesario para que la institución le pueda proveer cuidado médico; para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o para la seguridad de la institución correccional.

**15. Por razones de seguridad nacional, actividades de inteligencia y servicios de protección para el Presidente y otros;**

El ACPH puede revelar su información médica como es permitido por ley o autorizado por oficiales federales de inteligencia, contrainteligencia, y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley, para el manejo de investigaciones especiales, y/ o para la protección del Presidente u otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros.

**16. Como es autorizado por leyes de la Compensación del Seguro al Obrero(Workers Compensation).**

**17. Para actividades de salud pública.**

El ACPH puede revelar su información médica como es requerido por ley para actividades de salud pública, tales como informes de estadísticas vitales y enfermedades y actividades de vigilancia del FDA.

**18. Investigación.**

El ACPH puede revelar su información médica para fines de investigación. Todos los proyectos de investigación son sujetos a aprobación especial, y tienen que haber pasado por el proceso de aprobación antes de que revelemos su información médica al proyecto. Le pediremos permiso si el investigador tiene que saber su nombre, dirección, y otra información que revele quien es usted, o si el investigador va a estar involucrado en su tratamiento o cuidado.

**19. Información médica que no lo identifique.**

El ACPH puede usar o revelar su información médica si eliminamos cualquier información que revele quien es usted.

**C. Uso y Revelación De Su Información Médica para el Comercio, Recaudación de Fondos U Otros Fines.**

El ACPH no revelará su información médica para el comercio, recaudo de fondos, u otras razones no delineadas arriba sin su previa autorización escrita, y usted puede retirar ese permiso por escrito cuando usted lo desee. Si hace eso, el ACPH no podrá usar o revelar su información médica para lo que usted había permitido. Usted entiende que el ACPH no puede retractar información ya revelada con su permiso, y tiene que retener expedientes de cuidado ya dado.

**D. Derechos y Responsabilidades**

Con respecto a su información médica, el ACPH reconoce y se encarga de resguardar su:

**1. Derecho a solicitar restricciones de cierto uso y revelaciones.**

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que el ACPH pueda usar o revelar para tratamiento, pago u otras operaciones de cuidado médico. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en lo que podamos revelar sobre usted a alguien que este envuelto en su cuidado, tales como un miembro de su familia o amigo. **La ley no requiere al ACPH el estar de acuerdo con su solicitud.** Si el ACPH esta de acuerdo, cumplirá a menos que su información sea necesaria para proveer él con tratamiento de emergencia. Solicitudes tienen que ser escritas y sometidas a ACPH 1003 Broadway, Jackson CA 95642. Su solicitud tiene que expresar que información usted quiere limitar; si desea limitar el uso,

revelación, o las dos; y, para quien desea que los límites apliquen. Por ejemplo, usted puede pedir que no le revelemos información a su cónyuge.

- 2. Derecho a comunicación confidencial.** Usted tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted de cierta manera, o en cierta localidad.
- 3. Derecho a examinar y hacer copias impresas del expediente.** Usted tiene el derecho de examinar y obtener copias de su información médica. Solicitudes tienen que ser escritas y sometidas al ACPH 1003 Broadway, Jackson CA 95642. El ACPH puede que le cobre una mínima suma para cubrir los costos de su solicitud de copia de documentos acerca de su información médica. El ACPH puede negarle ciertas peticiones de examinar o hacer copias impresas de notas de psicoterapia, expediente de salud mental, o materiales de procesos legales. Usted puede solicitar una revisión de la negación por otro profesional médico autorizado escogido por el ACPH. El ACPH cumplirá con los resultados de esa revisión. Si usted está bajo custodia al tiempo de su solicitud, el ACPH puede que le niegue esta solicitud de copias de su información médica.
- 4. Derecho a solicitar enmiendas en su expediente médico.** Si usted cree que la información médica que el ACPH tiene sobre usted es incorrecta o no está completa, usted puede solicitar que la enmendemos. Las solicitudes tienen que ser por escrito y sometidas al ACPH 1003 Broadway, Jackson, CA 95642. Usted también debe de proveer la razón por la cual está solicitando. El ACPH puede que le niegue esta solicitud si no está por escrito o si no incluye la razón por la cual está solicitando. El ACPH puede que niegue solicitudes si su solicitud nos pide que enmendemos información que:
  - No fue creada por el ACPH;
  - Es información médica que no está al cuidado de o para el ACPH;
  - Es información que usted no está permitido examinar o copiar; o
  - La información está correcta y completa.
- 5. Derecho a recibir relación de casos de revelación de información.** Usted tiene derecho a solicitar una “relación de casos de revelación”. Esta es una lista de las revelaciones que hemos hecho con su información médica para fines ajenos a nuestro propio uso para actividades de tratamiento, pago y fines de cuidado médico. Las solicitudes tienen que ser por escrito y sometidas al ACPH 1003 Broadway, Jackson, CA 95642. Su solicitud tiene que expresar el período de tiempo por el cual no debe ser más de seis años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril del 2003. Su solicitud tiene que indicar en qué forma quiere la lista (por ejemplo, en papel, electrónicamente o de otra manera). La primera lista que usted solicite en un período de doce meses es gratis. El ACPH puede que le cobre por el costo de proveer o reproducir

listas adicionales. Cuando le informemos del costo usted puede retirar o modificar su solicitud.

- 6. Derecho a recibir una copia impresa de esta Notificación conjunta.** Usted tiene derecho de solicitar una copia impresa de esta notificación en cualquier momento. Aunque usted haya accedido a recibir esta notificación electrónicamente, usted tiene derecho a una copia impresa (en papel).
  
- 7. Derecho ha presentar quejas sin miedo de represalias.** Bajo la ley, el ACPH no puede aplicar sanciones por que usted hizo una queja. Si usted cree que el ACPH violó sus derechos de privacidad, usted puede presentar una queja con el Oficial de Quejas del Condado de Amador o con el Secretario de los Estados Unidos del Departamento de Salud y Servicios Humanos a las direcciones dadas aquí.

#### **CONTACTOS DE QUEJAS DE PRIVACIDAD**

Oficial de Quejas de Privacidad  
Amador County Counsel  
500 Argonaut Lane  
Jackson, CA 95642  
(209) 223-6366

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estado Unidos  
50 United Nations Plaza, Room 322  
San Francisco, CA 94102  
(415) 437-8310