

4. Derecho a una relación de las divulgaciones que hemos hecho.

Usted tiene el derecho a un listado detallado de las divulgaciones de su información médica que hemos hecho por un período de seis años.

Por ejemplo: Podríamos completar y enviar al estado un formulario requerido para reportar enfermedades contagiosas. Para recibir dicha relación, llene el formulario de Solicitud de Relación que puede ser obtenido a través de los escritorios de recepción o comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad.

Esta relación no incluirá ninguna divulgación hecha sobre divulgaciones del tratamiento, pago u operaciones del cuidado de su salud. La razón es por que estos son usos de rutina de su información médica, lo cual fue descrito antes en este Aviso. Tampoco incluirá ninguna divulgación hecha antes del 14 de abril de 2003, que es la fecha cuando esta ley entró en vigor.

Usted tiene derecho a una copia gratis de esta relación de divulgaciones por año. Si necesita más de una relación de divulgaciones en un período de doce (12) meses, usted incurrirá en un pequeño costo por la preparación de esta relación de divulgaciones.

5. Derecho a solicitar restricciones de usos y divulgaciones

Usted tiene el derecho a solicitar que limitemos el uso y divulgación de su información médica para tratamiento, pago y nuestro manejo del cuidado de su salud; sin embargo, no se requiere que estemos de acuerdo con su solicitud.

Si estamos de acuerdo con su solicitud de no divulgar o usar su información médica, debemos hacerlo a no ser que esa información sea necesaria para atenderle en caso de emergencia. Usted puede cancelar o retirar su solicitud de restricción de información en cualquier momento. Nosotros también podemos cancelar una restricción de información en cualquier momento siempre y cuando le notifiquemos por escrito sobre la cancelación. Mantendremos la restricción con respecto a información recopilada antes de tener conocimiento de que la cancelación entró en vigor.

6. Derecho a requerir un método de contacto alternativo.

Usted tiene el derecho a solicitar que toda comunicación concerniente al seguimiento de su cuidado de salud sea dirigida a una dirección, número de teléfono o número de fax diferente a aquellos de donde usted reside.

Por ejemplo: Usted podría requerir que no enviemos correspondencia a su hogar sino a su dirección de trabajo o que sólo le llamemos o enviemos faxes a esa dirección.

USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACION MEDICA A TRAVES DE UNA AUTORIZACION

En algunas ocasiones, podríamos necesitar usar y divulgar su información médica, la cual no sería para propósitos de tratamiento, pago o manejo del cuidado de su salud. Antes de nosotros poder hacer eso, necesitaríamos que usted firmara un formulario de autorización. También, en ciertas ocasiones, usted podría querer que divulguemos su información médica para sus propios propósitos y todavía necesitaríamos que llene el formulario de autorización.

Por ejemplo: Podría solicitar que divulguemos cierta información confidencial a su patrón de parte suya. Usted tiene el derecho a una copia de su solicitud de autorización. Usted puede retirar o cancelar su autorización en cualquier momento al someter un formulario de revocación. Sin embargo, es posible que ya hayamos llevado acabo la acción siguiendo su autorización. No podemos garantizar que la agencia o personas a quienes le mandaremos su información tendrán el mismo requisito legal de protección que nosotros.

USOS Y DIVULGACIONES SIN REQUERIMIENTO DE SU AUTORIZACION

Debemos usar o divulgar su información médica personal sin su consentimiento o autorización cuando es requerido por ley. Algunos de estos casos son:

- * **Actividades de Salud Pública:** Al investigar ciertas enfermedades o siendo el contacto de ciertas enfermedades, al reportar abuso y negligencia o violencia intrafamiliar (doméstica), al reportar reacciones adversas (malas) a vacunas, medicinas o productos a la Administración Federal de Drogas (*Federal Drug Administration (FDA)* por sus siglas en inglés).
- * **Actividades de Vigilancia de Salud:** Al divulgar información a las agencias estatales y federales para ayudar a determinar si estamos proveyendo los servicios que se requieren de nosotros.
- * **Procesos Legales:** Al divulgar información sobre usted si es ordenado por un juez o citación.

- * **Entidades de Orden Público:** Al divulgar información sobre usted a los oficiales del orden público por razones específicas del cumplimiento de la ley.
- * **Médico Forense y otros:** Al divulgar información médica sobre usted a un Médico Forense, directores de funeraria, examinadores médicos y organizaciones de trasplante de órganos.
- * **Compensación Laboral:** Al divulgar información sobre usted para cumplir con las leyes de indemnización del trabajador.
- * **Funciones del Gobierno:** Al divulgar información médica por razones militares y actividades de veteranos, seguridad nacional y propósitos de inteligencia. Si usted es un recluso en una institución correccional, es posible que se nos requiera divulgar información médica sobre usted a oficiales correccionales necesaria para su salud y la salud y el bienestar de otros.
- * **Organizaciones de Investigación:** Al divulgar información médica sobre usted a organizaciones reconocidas de investigación.

***Tome nota de que mantendremos una relación de todas las divulgaciones que hemos tenido que hacer.**

Si tiene preguntas, quisiera más información o desea reportar un problema, comuníquese con el Oficial de Privacidad al 704-878-3000.

Puede presentar una queja, ya sea con el Oficial de Privacidad o con el Gobierno Federal si usted cree que sus derechos de privacidad fueron invadidos mientras fue un paciente en el Iredell County Health Department.

**Puede enviar una queja por escrito al:
Secretary, Health and Human Services
Office of Civil Rights**

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F HHH Building
Washington, D.C. 20201**

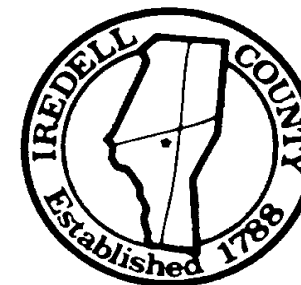
Al presentar una queja no pondrá en peligro su derecho de continuar recibiendo cuidado en el Iredell County Health Department

Este Aviso fue publicado y entrará en vigor el 14 de abril de 2003.
Revisado 1 de julio de 2010.

**IREDELL COUNTY
HEALTH DEPARTMENT**
318 Turnersburg Highway
Statesville, NC 28625-2798
and
610 East Center Avenue
Mooresville, NC 28115-2578

AVISO DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PODRIA SER USADA Y DIVULGADA Y COMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. FAVOR DE LEER DETENIDAMENTE.



Oficial de Privacidad: (704) 878-3000

Efectivo 7/15/10

El Iredell County Health Department (**ICHD**) por sus siglas en inglés) acata la Ley Federal de Portabilidad de Seguro de Salud y Responsabilidad (Health Insurance Portability and Accountability (HIPAA) por sus siglas en inglés). Esto significa que su información médica personal está protegida bajo la ley federal. Cada vez que usted visita nuestro Departamento de Salud se actualiza su expediente. Su expediente médico podría incluir cualquier información que usted nos diga, los resultados de exámenes y pruebas, tratamientos recibidos y planes para su cuidado en el futuro. ICHD tiene una persona especialmente capacitada para servir como Oficial de Privacidad cuya función es asegurarse de que obedecemos esta ley y asistirle en caso de que usted tenga una queja sobre confidencialidad.

Se requiere que le proveamos una copia de este Aviso antes de que usted firme la hoja de consentimiento para recibir tratamiento. Una copia actualizada de este Aviso siempre estará a la vista en las salas de espera de las clínicas y en el pagina web del Departamento de Salud. Sólo se nos permite usar y divulgar su información médica personal en las maneras descritas en este Aviso. El ICHD se reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso en el futuro y de hacer cualquier nuevo Aviso vigente para toda la información médica que mantenemos.

Si hacemos cambios a este Aviso, nosotros:

- pondremos copias del “nuevo” Aviso en nuestra sala de espera
- tendremos copias del nuevo Aviso disponibles a petición en los escritorios de la recepción
- tendremos copias disponibles para usted a través del Oficial de Privacidad, quien puede ser localizado en el (704) 878-3000

El resto de este Aviso:

- explicará cómo podemos usar y divulgar su información médica personal
- explicará sus derechos con respecto a su información médica personal
- describirá cómo y dónde puede presentar una queja sobre algún asunto relacionado a la privacidad

Recuerde, siempre que tenga alguna pregunta o preocupación sobre la información que aparece en este Aviso o sobre nuestras normas de privacidad, procedimientos o prácticas; se puede comunicar con nuestro Oficial de Privacidad en el (704) 878-3000.

PODRIAMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA BAJO VARIAS CIRCUNSTANCIAS

Esta sección de nuestro Aviso explica cómo usamos su información médica, por lo general, para proveerle con la atención médica que usted requiere, obtener pago por servicios prestados a usted y para operar nuestro negocio.

TRATAMIENTO

Podríamos usar y divulgar su información médica durante el curso normal de su tratamiento como paciente en el ICHD y en la coordinación y administración relacionados a las necesidades de su cuidado médico. *Por ejemplo:* La información obtenida por cualquier miembro de nuestro equipo de salud será anotada en su expediente médico y será usada para seleccionar el mejor curso de tratamiento a seguir para usted. La orden apropiada del profesional médico será inscrita en su expediente médico. Luego, otros miembros de nuestro equipo de salud anotarán las acciones tomadas para seguir estas órdenes, También indicarán si sus acciones le ayudaron o no. En caso de ser necesario, proveeremos copias de su expediente médico a su médico de cabecera o cualquier otro proveedor de cuidado médico para que ellos puedan darle buena atención. Otro ejemplo del uso y divulgación de su expediente médico sería si usted tuvo un pánico anormal y tuviéramos que referirle a una clínica especializada para que le hagan exámenes adicionales. Podríamos enviar recordatorios de citas, avisos de faltas a citas al igual que información sobre facturación a su hogar, a no ser que usted nos provea otra dirección. También podríamos llamar a su hogar a no ser que nos pida que no lo hagamos o nos proporcione un número diferente.

Sepa usted que existen leyes más estrictas que corresponden a la información sobre la condición de VIH, el tratamiento de alcohol/drogas y los expedientes de salud mental. En caso que sea necesario, se le solicitará que dé autorización específica por escrito para que se divulge este tipo de información.

PAGOS

Podríamos divulgar su información médica personal para obtener pago por el servicio médico que usted ha recibido aquí en el ICHD. En algunas ocasiones, tendremos la necesidad de divulgar información sobre usted a su aseguradora *ANTES* de recibir el cuidado médico para determinar si su plan cubre el tratamiento propuesto.

Por ejemplo: Nuestro secretario de facturación podría comunicarse con su proveedor de seguro para determinar si el ICHD se encuentra incluido en la red de proveedores de su compañía de seguros. Enviaremos una factura a su hogar, a no ser que nos pida que usemos otra dirección.

MANEJO DE CUIDADO DE SALUD

El manejo de cuidado de salud incluye todas las actividades que el ICHD hace para mejorar la calidad del cuidado que usted recibe al ser nuestro paciente y para ayudar a reducir los costos de su cuidado de salud.

Por ejemplo: La División de Educación de Salud y Preparación de Emergencia (Health Education and Emergency Preparedness Division) podría desarrollar un programa de educación para tratar asuntos relacionados a pacientes que estén sufriendo de presión sanguínea alta. Podríamos usar información sobre sus necesidades médicas y las necesidades de otros de nuestros pacientes aunque no usaríamos su nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento, dirección o cualquier otra información privada sobre usted. Además, podríamos usar o divulgar información médica sobre usted en la ejecución de las siguientes actividades:

- *Al cooperar con organizaciones externas que evalúan, certifican u otorgan licencias a proveedores de cuidados de salud, personal o instalaciones en algún campo en particular o especialidad.*
- *Al proveer programas de capacitación para estudiantes, aprendices, proveedores de atención médica u otros proveedores de servicios no relacionados a la salud.*
- *Al planear para las necesidades futuras de nuestra organización al conducir una evaluación de las Necesidades de la Comunidad.*
- *Al resolver agravios contra nuestra agencia.*
- *Al revisar nuestras actividades usando o divulgando información médica en caso de que el control de nuestra agencia cambie significativamente.*
- *Al trabajar con otros (tales como abogados, contadores y otros proveedores) que nos ayudan a cumplir con este Aviso y otras leyes pertinentes.*
- *Al revisar y evaluar las habilidades, calificaciones y ejecución de los proveedores al cuidado suyo.*
- *Al revisar y mejorar la calidad, eficiencia y costo del cuidado que le proveemos a usted y a nuestros otros pacientes.*
- *Al cooperar con organizaciones externas que evalúan la calidad del cuidado que nosotros y otros proveen, incluyendo agencias gubernamentales y organizaciones privadas.*

USTED TIENE DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACION MEDICA PERSONAL

1. El derecho a una copia de este Aviso.

Usted tiene el derecho de tener una copia en papel de este Aviso. Esta puede ser obtenida de los escritorios de la recepción o a través de nuestro Oficial de Privacidad. Además, una copia de este Aviso está a la vista en nuestras salas de espera.

2. El derecho de tener acceso a revisar y a recibir copia de su expediente médico.

Aunque su expediente médico es propiedad del ICHD, la información que aparece en el mismo le pertenece a usted. Usted tiene el derecho de inspeccionar, revisar y recibir una copia de la información médica que tenemos sobre usted. Si usted desea revisar esta información u obtener una copia de la misma, debe obtener y llenar un formulario de Acceso disponible en nuestra sala de recepción o de nuestro Oficial de Privacidad.

A pesar de que, en ciertas ocasiones podríamos negar su solicitud, siempre explicaremos nuestras razones por escrito y le diremos si usted tiene el derecho a que otra persona o agencia revise nuestra decisión. Si usted desea copias de sus expedientes médicos, pedimos nos de un plazo de tres (3) días laborales para cumplir con su solicitud. Además, se le cobrará una cantidad mínima por las copias.

3. Derecho a enmendar información médica.

Usted tiene el derecho de pedirnos que enmendemos (corregir o añadir) su expediente médico. Si usted cree que tenemos información incompleta o incorrecta sobre usted, podríamos enmendar la información para indicar que hay un problema y notificar a otros que también podrían tener copias de la información médica falsa e incorrecta. Si usted desea que consideremos enmendar su información médica, necesita notificarnos por escrito su solicitud o llenar un formulario de enmienda, el cual puede obtener a través de los escritorios de la recepción.

A pesar de que podríamos negar su petición, le explicaremos nuestra razón por escrito. En ese momento usted también tendrá la oportunidad de manifestar por escrito la razón por la cual usted está en desacuerdo con nuestra decisión. Entonces incluiremos su manifestación de desacuerdo con nuestra decisión cuando divulguemos su información médica en el futuro.