



# Mariposa County Health & Human Services Agency Public Health Division



## Privacidad de Información de Salud

Effective Date: April 14, 2003

División de Salud Pública del Condado de Mariposa

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SE PUEDE USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN.**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede ponerse en contacto con la persona a cargo de su tratamiento o con:

**Condado de Mariposa  
División de Salud Pública  
Attn: HIPAA Privacy Officer  
5085 Calle Bullion  
Mariposa, CA 95338  
(209) 966-3689**

Su información médica es personal y nosotros en el Condado de Mariposa estamos dedicados a protegerla. Su información médica también es muy importante para nuestra capacidad de brindarle atención de alta calidad y de cumplir con ciertas leyes. Este aviso describe las prácticas de privacidad que nosotros, todos nuestros empleados y demás personal, tenemos la obligación de seguir con su información médica.

**Tenemos la obligación legal de:** Mantener privada su información médica, también conocida como información protegida sobre la salud (IPSS), proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relativas a su IPSS y cumplir con este aviso.

### CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho a revisar o cambiar los términos de este aviso y a aplicar esos cambios a su IPSS. Tiene derecho a ser notificado sobre cualquier cambio que se haga a este aviso y a recibir una copia de esos cambios por escrito. Para obtener una copia de este aviso después de que haya sido cambiado, puede solicitarla al profesional de salud que lo esté tratando o al Funcionario de privacidad de HIPAA. Se exhibe una copia del aviso más actualizado en todas las salas de espera de las instalaciones del División así como en el sitio web del División de Salud, [www.mariposacounty.org](http://www.mariposacounty.org).

### CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR SU IPSS

**Para tratamiento:** Creamos un registro del tratamiento y los servicios que usted recibe en nuestras instalaciones. Necesitamos este registro para brindarle atención de alta calidad y cumplir con ciertos requisitos legales.

Su equipo de tratamiento podrá revelar su IPSS a otros médicos, terapeutas, enfermeras, estudiantes en vías de capacitación o otro personal que participe en su atención. Por ejemplo, un médico que lo esté tratando podrá necesitar saber si usted está tomando otros medicamentos. Su equipo de tratamiento podrá compartir su IPSS para coordinar las diferentes cosas que usted necesite, tales como recetas médicas o análisis de laboratorio que deba repetir.

También podemos revelar su IPSS a personas de fuera de esta agencia que puedan participar en su tratamiento, tales como el administrador de su caso o otros terceros grupos, para la coordinación y el manejo de la atención de su salud.

Podemos usar y revelar su IPSS para ponernos en contacto con usted con el fin de recordarle que tiene una cita para tratamiento. Tiene derecho a decirnos cómo desea recibir los recordatorios de citas. Se le podrá suministrar un formulario para este fin.

Podemos usar y revelar su IPSS para recomendar posibles opciones o alternativas de tratamiento que le puedan interesar. Además, podemos usar y revelar la IPSS para informarle sobre beneficios o servicios vinculados a la salud que le puedan interesar (por ejemplo, la elegibilidad para obtener Medi-Cal o beneficios del Seguro Social). Tiene derecho a rehusar esta información.

**Para pagos:** Usamos y revelamos su IPSS para obtener pagos del tratamiento y los servicios que le hayamos proporcionado. Por ejemplo, las compañías de seguros requieren que nuestras facturas incluyan descripciones del tratamiento y los servicios que le hayamos proporcionado. Sólo revelaremos la información mínima necesaria para alcanzar este objetivo y no divulgaremos el contenido completo de su registro a menos sea necesario hacerlo.

**Para operaciones de atención de la salud:** Podemos usar y revelar su IPSS para permitir el funcionamiento de nuestras instalaciones y cumplir con ciertas reglamentaciones estatales y federales. Por ejemplo, podemos usar su IPSS para revisar nuestros tratamientos y servicios y evaluar el rendimiento de nuestro personal al atenderlo.

## **USOS Y REVELACIONES DE IPSS QUE LE DAN LA OPORTUNIDAD DE OBJETAR**

A menos que usted objete, podemos revelar su IPSS a un amigo o pariente, a uno de sus padres o a cualquier otra persona designada por usted que participe en su atención de salud o en el pago de su atención. Su objeción tendrá que ser presentada por escrito. No respetaremos su objeción en circunstancias en que hacerlo pudiera exponerlo a usted o a alguna otra persona a algún peligro, según lo determine su equipo de tratamiento. Además, si ocurre un desastre podemos revelar su IPSS a una entidad de ayuda en casos de desastres, tal como la Cruz Roja, para que pueda notificar su condición, situación y ubicación a su familia.

## **OTROS USOS Y REVELACIONES QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN**

**Investigación:** Podemos revelar su IPSS a investigadores médicos que la soliciten para proyectos de investigación médica aprobados; sin embargo, con excepciones muy limitadas dichas revelaciones tendrán que pasar por un proceso de aprobación especial antes de que se pueda revelar cualquier parte de la IPSS a los investigadores, que tendrán que proteger la información que reciban.

**Como lo requiera la ley:** Revelaremos su IPSS cuando lo requieran las leyes federales y estatales.

**Para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad:** Podemos usar y revelar su IPSS cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona.

**Compensación del trabajador:** Podemos revelar su IPSS a programas de compensación del trabajador o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades vinculadas al trabajo.

**Actividades de salud pública:** Podemos revelar su IPSS para actividades de salud pública, tales como las que están dirigidas a prevenir o controlar enfermedades, prevenir lesiones o discapacidades y informar el maltrato o el descuido de niños, ancianos y adultos dependientes.

**Actividades de supervisión de la salud:** Podemos revelar su IPSS a una entidad de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención de la salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles. Tanto el gobierno federal como los departamentos de estado tienen autoridad de supervisión de los servicios de salud del Condado de Mariposa.

**Pleitos y disputas:** Si usted participa en un pleito o en una disputa, podemos revelar su IPSS en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos revelar su IPSS en respuesta a un pedido de entrega de documentos, pedido de descubrimiento o otro proceso lícito.

**Cumplimiento de la ley:** Podemos revelar su IPSS si funcionarios de cumplimiento de la ley nos la solicitan, en las siguientes circunstancias:

- en respuesta a una orden judicial, pedido de entrega de documentos, decreto, citación o algún otro proceso similar;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo importante o persona desaparecida;
- sobre la víctima de un crimen si, en ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la persona;
- sobre una muerte, que en nuestra opinión, pudo haber sido el resultado de conducta criminal;
- sobre conducta criminal en alguna de nuestras instalaciones; o,
- en circunstancias de emergencia para informar un crimen; la ubicación del crimen, la(s) víctima(s); o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

**Funciones gubernamentales especiales:** En el curso de actividades de Seguridad y Inteligencia Nacional podemos revelar su IPSS a funcionarios federales autorizados, para inteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley. Por ejemplo, podemos revelar su IPSS a funcionarios federales autorizados, para que puedan brindar protección al presidente de los Estados Unidos o realizar investigaciones especiales autorizadas por la ley.

Podemos revelar su IPSS a funcionarios del Departamento de Estado que tomen decisiones sobre lo adecuado de que usted obtenga acreditación de seguridad o preste servicios en el extranjero.

## **OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE SU SALUD**

Otros usos y revelaciones de su IPSS no cubiertos por este aviso o las leyes que son aplicables a nosotros sólo se realizarán con su autorización por escrito. Si usted nos autoriza a usar o revelar su IPSS, puede revocar esa autorización, por escrito, en cualquier momento.

Si revoca su autorización, dejaremos de usar o revelar su IPSS por los motivos cubiertos por la autorización, excepto que no podremos retractar las revelaciones que hayamos hecho mientras su autorización estuvo vigente, y estamos obligados a retener nuestros registros de la atención que le suministremos.

## REVELACIÓN DE LA MÍNIMA INFORMACIÓN NECESARIA

En todos los casos en que el División de Salud Pública del Condado de Mariposa revela su IPSS, usaremos sólo el mínimo necesario para alcanzar el objetivo. Cada tipo de revelación se examinará por separado para determinar en qué consiste el mínimo necesario.

### SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

**Derecho a inspeccionar y copiar:** Con ciertas excepciones, tiene derecho a inspeccionar y copiar su IPSS de nuestros registros. Para inspeccionar y copiar su IPSS, tendrá que presentar un pedido por escrito al administrador de su caso o a la persona a cargo de su tratamiento. Si solicita una copia de su IPSS, cobraremos un honorario por los costos de copiar, enviar por correo o otros suministros vinculados a su pedido. Le suministraremos un formulario para este fin.

Podemos denegar su pedido de inspeccionar y copiar su IPSS. Si se le niega el derecho a inspeccionar y copiar su IPSS en nuestros registros, puede solicitar al Funcionario de privacidad de HIPAA de los Servicios de Salud Pública que repase esa decisión. Le suministraremos un formulario para este fin.

**Derecho a solicitar una enmienda:** Si le parece que su IPSS en nuestros registros es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que enmendemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras mantengamos la información. Para solicitar una enmienda, tendrá que presentar un pedido por escrito al administrador de su caso o a la persona a cargo de su tratamiento. Además, tendrá que indicar el motivo de la enmienda. Su pedido pasará a ser parte de su registro. Le suministraremos un formulario para este fin.

Además, podemos denegar su pedido si nos pide que enmendemos información que no haya sido creada por nosotros o que sea parte de la información que no tiene permitido inspeccionar ni copiar, o que su equipo de tratamiento considere correcta y completa.

**Derecho a que le informen las revelaciones:** Con la excepción de las revelaciones que hayamos realizado para nuestros propios usos para fines de tratamiento, pagos y operaciones de atención de la salud, usted tiene derecho a solicitar una lista de las revelaciones de su IPSS que hayamos realizado. Para solicitar esa lista, tendrá que presentar su pedido por escrito al administrador de su caso o a la persona encargada de su tratamiento. Le suministraremos un formulario para este fin.

Su pedido tendrá que indicar un período de tiempo, que no puede ser de más de seis años ni incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su pedido debe indicar cómo desea recibir la lista. El primer pedido dentro de un período de 12 meses será gratuito. Si solicita listas adicionales, es posible que le cobremos el costo de suministrarle la lista; le notificaremos el costo y usted podrá decidir retirar o modificar su pedido en ese momento, antes de incurrir cualquier costo.

**Derecho a solicitar restricciones:** Tiene derecho a solicitar restricciones adicionales especiales cuando se use o revele su IPSS. No estamos obligados a aceptar su pedido. Si lo aceptamos, cumpliremos con su pedido a menos que la información se necesite para brindarle tratamiento de emergencia según lo determine su médico. Para solicitar restricciones, tendrá que presentar su pedido por escrito al administrador de su caso o a la persona encargada de su tratamiento. En su pedido tendrá que indicar qué información desea limitar, el tipo de limitación, a quién desea que se aplique y cuánto tiempo desea que dure la limitación (por ejemplo, revelaciones a su cónyuge). Le suministraremos un formulario para este fin.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre citas o otros asuntos vinculados a su tratamiento de una manera específica o en un lugar

específico. Por ejemplo, puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted únicamente en su lugar de trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, tendrá que presentar su pedido por escrito al administrador de su caso o a la persona encargada de su tratamiento. Le suministraremos un formulario para este fin. Su pedido tendrá que especificar cómo o dónde desea que nos pongamos en contacto con usted. Aceptaremos todos los pedidos razonables.

**Derecho a obtener una copia de este aviso:** Tiene derecho a recibir una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia de este aviso, solicítela a cualquier integrante del personal.

### **PRESENTACIÓN DE QUEJAS:**

Si cree que un integrante de nuestra fuerza laboral reveló o usó información personal sobre su salud de una manera indebida, el Funcionario de privacidad investigará su queja. También tiene derecho a presentar su queja antes el Secretario del Departamento de Salud y de Servicios Humanos de los Estados Unidos dentro de los 180 días de descubrir el incidente causante de su queja.

Si presenta una queja o testifica, ayuda o participa en una investigación, revisión, proceso o audiencia; o si se opone a algún acto o práctica que considera ilícito bajo las reglas de privacidad relativas a información médica, los integrantes de nuestra fuerza laboral no pueden intimidarlo, amenazarlo, coaccionarlo, discriminar, ni tomar represalias en su contra. Si cree que hubo intimidación o represalias en su contra, notifíquelo de inmediato a nuestro Funcionario de privacidad.

Estamos obligados a mitigar, en la medida posible, todos los efectos dañinos para usted, resultantes del uso o la revelación de información protegida sobre la salud que sea en violación de las leyes y reglamentaciones de privacidad aplicables.

Para presentar una queja antes el Condado, póngase en contacto con:

**Oficial Administrativo del Condado  
Oficial de Privacidad del Condado de HIPAA  
5100 Bullion Street, 2nd Piso  
Mariposa, CA 95338  
Post Office Box 784  
Mariposa, CA 95338  
Phone: (209) 966-3222  
Fax: (209) 966-5147**

Para presentar una queja antes el gobierno federal, póngase en contacto con:

**U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201  
(209) 619-0553**