

Departamento de Salud del Condado de LaSalle

Aviso de Prácticas de Privacidad s

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo su información médica puede ser divulgado; y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revisalo con cuidado. Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con nuestra oficina.

Quién seguirá este aviso

Este "Aviso de Prácticas de Privacidad" (también conocido como Aviso) describe las prácticas de privacidad del Departamento de Salud del Condado de LaSalle (también conocido como Departamento) y las de

- Cualquier profesional de la salud autorizado para ingresar información en su historial médico
- Todas las divisiones y unidades del Departamento y las operaciones del Departamento, subcontratar a algunos de nuestros socios comerciales, así como a sus socios comerciales.
- Toda nuestra fuerza laboral, empleada o no.

Todas estas entidades, sitios y ubicaciones siguen los términos de este Aviso. Además, estas entidades, sitios y ubicaciones pueden compartir información médica entre sí para fines de tratamiento, pago u operaciones descritos en este Aviso.

Nuestro compromiso con respecto a la información médica

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información médica. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe en nuestras instalaciones. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este Aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por nosotros. Su hospital u otros médicos pueden tener diferentes políticas o avisos sobre el uso y divulgación de la información médica que crean.

Este Aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información médica.

Estamos obligados por ley a:

- Asegúrese de que la información médica que lo identifica se mantenga privada;
- Poner a su disposición este Aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica; y
- Siga los términos de la Notificación actualmente vigente. Este aviso puede cambiar, de la manera que se describe a continuación en "Cambios a este aviso".

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que *usamos* y divulgamos su información médica (también conocida como Información de salud individualmente identificable (11111) y / o Información de salud protegida (PHI)). Para cada categoría de uso o divulgación, proporcionamos ejemplos, pero no se enumeran todos los usos o divulgaciones en una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información estarán dentro de una de las categorías.

- **Para tratamiento**
Podemos usar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal involucrado en su cuidado. Por ejemplo, podemos enviar sus registros a otro especialista para asegurarnos de que reciba la atención adecuada. Además, si fue referido por otro proveedor de atención médica, es probable que le informemos a ese proveedor con información sobre nuestro diagnóstico y plan de tratamiento. Podemos divulgar información médica sobre usted a personas ajenas al Departamento que puedan estar involucradas en su atención médica, como miembros de la familia, amigos, clérigos u otras personas que utilizamos para proporcionar servicios que forman parte de su atención. Por ejemplo, de vez en cuando podemos recibir llamadas de familiares preocupados o amigos para determinar si un paciente ha completado su cita. A menos que nos indique lo contrario, por escrito, le informaremos su estado actual. nuestra oficina. Además, en algún momento, puede ser necesario que nuestro personal se comunique con usted por teléfono con respecto a su cita. A menos que usted nos notifique lo contrario por escrito, nos comunicaremos con usted a través de los números que nos haya proporcionado y es posible que debamos dejar un mensaje de correo de voz para ti. En ciertas circunstancias, los cuidadores de hogares de ancianos , centros de vida asistida, etc. llevarán a un paciente a nuestras instalaciones. A menudo, estos cuidadores están expuestos a la información de salud personal de ese paciente .
- **Para pago**
Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y servicios que reciba de nosotros puedan ser facturados y cobrados a usted, una compañía de seguros o plan de salud u otro tercero. Por ejemplo, es posible que tengamos que darle a su plan de salud información específica sobre el tratamiento que recibió en nuestra oficina para que su plan de salud nos pague a nosotros o reembolsar para el tratamiento. Además, nosotros, o nuestros representantes, podemos discutir los problemas de pago con miembros de la familia u otras personas involucradas en el proceso de pago del tratamiento médico que ha *recibido*.
También podemos informar a los plan de salud sobre tener tratamientos y a la pagar por tratamientos aprobados por el proveedor de servicios de terceros que emiten, procesamos y cobramos facturas en nuestro nombre. Cada uno de estos se rige por las mismas leyes de confidencialidad y divulgación de información de atención médica que debemos cumplir.

- **Para operaciones de atención médica**

Podemos usar y divulgar su información médica para las operaciones de nuestro Departamento. Estos usos y **divulgaciones** son necesarios para **ejecutar** nuestro Departamento y garantizar que todos nuestros pacientes **reciban** atención de calidad. Por ejemplo, podemos **usar** información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios, y para evaluar el desempeño de nuestro personal en la atención que le brindamos. También podemos combinar información médica sobre muchos de nuestros pacientes para decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, tecnólogos, estudiantes de medicina y otros miembros de nuestro personal para fines de revisión y aprendizaje.

- **Alternativas de tratamiento**

Podemos **usar** y divulgar información médica para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

- **Negocios Asociados**

En ocasiones el **El departamento** puede **usar** organizaciones externas para proporcionar servicios de negocios. Los **Asociados** comerciales que estarán expuestos a su información de salud deben cumplir con los mismos requisitos administrativos, físicos y técnicos de seguridad de HIPAA que se aplican al Departamento. Además, si el socio comercial tiene un contrato con un tercero, también debe cumplir con todas las reglas de HIPAA.

- **Según lo exija la ley, divulgaremos su información médica cuando así lo exija la ley federal, estatal o local.**

Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad

Podemos usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o la salud y seguridad del público u otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación solo se hará a alguien que pueda prevenir la amenaza.

- **Situaciones especiales** También podemos usar y divulgar su información médica en las situaciones descritas en "Situaciones especiales".

- **Otros usos de Información Médica**

Otros **usos** y divulgaciones de información médica no cubiertos por este Aviso, o las leyes que se aplican a nosotros, se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Un formulario para dichas autorizaciones, tanto las que usted solicita como las que solicitamos, está disponible en nuestra oficina. Si nos da una autorización, más tarde podrá revocar ese permiso por escrito. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos información médica sobre Usted por las razones cubiertas por su autorización por escrito. Sin embargo, en ese **caso**, no podremos recuperar ninguna divulgación que ya **hayamos** hecho con su permiso, y aún tendremos que conservar nuestros registros de la atención que le brindamos.

Situaciones especiales (incluidas pero no limitadas a ...)

Militares y veteranos

Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica según lo exijan las autoridades del comando militar o, en algunos casos, si es necesario para determinar los beneficios para el Departamento de Asuntos de Veteranos.

Riesgos para la salud pública

Podemos divulgar información médica sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo

siguiente: - Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;

• Para informar nacimientos y defunciones;

• Para reportar abuso infantil o negligencia;

• Para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;

• Para notificar a las personas sobre el retiro de productos que puedan estar usando;

• Para notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; y / o

• Para notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o

violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación cuando sea requerido o autorizado por la ley.

Actividades de supervisión de la salud

Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Informe de Inmunizaciones

El Departamento puede divulgar la prueba de inmunización a una escuela donde la ley requiere que una escuela tenga dicha información. No se requiere una autorización por escrito para esta divulgación, sin embargo, el Departamento obtendrá un acuerdo para esta liberación, que puede ser oral, de un parent tutor o de otra persona que actúe como **responsable** de la persona misma, si el **El individuo** es un adulto o menor emancipado.

Uso exterior

Es una violación de la Política del Departamento el uso de la PHI del paciente para mercadotecnia, investigación o para venderla de cualquier manera. Bajo ninguna circunstancia el Departamento participará en estas actividades.

Recaudación de fondos

Es una violación de la Política del Departamento el uso de la PHI del paciente para fines de recaudación de fondos. El Departamento no se comunicará con los pacientes para realizar actividades de recaudación de fondos utilizando la PHI como fuente de identificación.

Juicios y disputas

Si usted está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud O para obtener una orden que proteja la información solicitada

Cumplimiento de la ley

Podemos divulgar información médica si así lo solicita un oficial de la ley:

- En respuesta a una orden judicial, una citación, una orden judicial, una citación o un proceso similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Acerca de la víctima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
- Sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal;
- Sobre la conducta criminal en nuestra práctica; y
- en circunstancias de emergencia para denunciar un delito; el lugar del crimen o las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias

Podemos divulgar información médica a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte.

Fallecidos

La PHI de un difunto está protegida durante 50 años después de la muerte del individuo. Después de ese momento, la información ya no se considera Pfdora.

Actividades de Seguridad Nacional, Inteligencia y Servicio Federal de Protección.

Podemos divulgar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas, y a funcionarios federales autorizados cuando sea necesario para brindar protección al Presidente de los Estados Unidos, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros, o realizar investigaciones especiales.

Presos

Si usted es un recluso de una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su información médica a la institución correccional o al oficial de la ley cuando sea necesario para que la institución le brinde atención médica; para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o para la seguridad y la seguridad de la institución correccional.

Sus derechos con respecto a su información médica

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

- **Derecho a inspeccionar y copiar**
Usted tiene el derecho de inspeccionar y solicitar una copia de la información médica que puede usarse para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, esto incluye registros médicos y de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia.

Puede solicitar una copia electrónica de su PHI que se mantiene electrónicamente. El Departamento proporcionará una copia electrónica en el formulario solicitado, si es fácilmente producible, o si no, en un formato electrónico legible según lo acordado por usted y el Departamento.

Debe enviar cualquier solicitud para inspeccionar y copiar sus registros médicos a nuestro personal, por escrito. (Un formulario para esa solicitud está disponible en nuestra oficina). Si solicita una copia de su información, es posible que cobremos una tarifa por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud.

Podemos negar su solicitud en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de atención médica elegido por nuestro personal revisará su solicitud y la denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que rechazó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de esa revisión.

- **Derecho a modificar**
Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitar que la corrijamos. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda durante el tiempo que la información sea mantenida por o para nuestra Departamento. Debe enviar cualquier solicitud de enmienda a nuestro personal, por escrito. (Un formulario para esa solicitud está disponible en nuestra oficina). Su solicitud por escrito debe proporcionar una razón que respalde su solicitud.

Podemos negar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la petición. Además, podemos rechazar su solicitud si nos pide enmendar información que:

- No fue creado por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda;

No forma parte de la información médica que conserva nuestro Departamento

- No forma parte de la información que se le permite inspeccionar y copiar; o
 - Es preciso y completo.
- **Derecho a una contabilidad de las divulgaciones**

Usted tiene el derecho de solicitar un 'informe de divulgaciones'. Esta es una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información médica, con algunas excepciones. Las excepciones se rigen por la ley federal de privacidad de la salud y pueden incluir:

 - Muchas revelaciones de rutina para pagos de tratamiento y operaciones; y
 - Revelaciones a usted

Debe enviar una *solicitud de arty* para un informe de las divulgaciones a nuestra oficina, por escrito. (Un formulario para esa solicitud está disponible en nuestra oficina). Su solicitud por escrito debe indicar un período de tiempo, que no puede ser superior a seis años. El primer informe que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuito. Para informes adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionar el informe. Le notificaremos el costo involucrado, y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en cualquier costo.
- **Derecho a solicitar restricciones**

Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que *utilizamos* o divulgamos sobre usted para su tratamiento; Operaciones de pago o atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un miembro de la familia o un amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no usemos o divulguesmos información sobre un servicio médico que recibió. Además, tiene derecho a designar a un representante personal que tendrá la capacidad de acceder a su información de salud personal, al igual que usted. También puede pedirnos que seamos selectivos en la forma en que le comunicamos información médica personal. Por ejemplo, puede solicitar que no lo contactemos por teléfono en su oficina o puede designar una dirección de correo que no sea su domicilio. Tales solicitudes deben hacerse por escrito. Un formulario para dichas solicitudes está disponible en nuestra oficina. Tenga en cuenta que no estamos obligados a aceptar sus solicitudes. Sin embargo, si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud, a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.

Usted tiene el derecho de restringir la divulgación de PHI (para operaciones de pago u operaciones de atención médica) a un plan de salud cuando paga de su bolsillo, en su totalidad, y solicita dicha restricción. El Departamento debe cumplir con dicha solicitud a menos que la ley exija lo contrario. Esta restricción no se aplica a las visitas de seguimiento si no se pagan en su totalidad .

Debe presentar cualquier solicitud de restricciones a nuestro personal por escrito. (Un formulario para cada solicitud está disponible en nuestra oficina) Su solicitud por escrito debe informarnos:

 - Qué información quieras limitar;
 - Si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y
 - A quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.
- **Derecho a una copia en papel de este aviso** . Puede solicitarnos que le entreguemos una copia en papel de este 'Aviso de prácticas de privacidad' en cualquier momento al comunicarse con nuestra oficina.
- **Derecho a recibir un aviso de incumplimiento**

En caso de que el Departamento experimente un uso o divulgación inadmisible de la PHI y que la exposición represente un riesgo significativo de daños financieros, de reputación o de otra índole a una persona, el Departamento proporcionará una notificación individual a todas las personas afectadas por el incumplimiento.
- **Quejas**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja en nuestra oficina o ante el Secretario del Departamento de Salud y **Servicios Humanos** . Para presentar una queja en nuestra oficina, comuníquese con nuestra oficina. (Una forma para este fin está disponible en nuestra oficina.) Usted no será penalizado por presentar una queja.

El derecho del Departamento a hacer cambios a este aviso

El Departamento se reserva el derecho de modificar este Aviso. Cuando lo hagamos, podremos hacer efectivo el Aviso modificado para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como la información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del Aviso actual en nuestras instalaciones. Cada Aviso contendrá en la primera página, en la esquina superior derecha, su fecha de vigencia. Además, cada vez que se registre en nuestra oficina para recibir servicios médicos, tendrá a su disposición una copia del Aviso actual en vigencia en el área de espera.

Departamento de Salud del Condado de LaSalle

Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad

Mi firma a continuación indica que se me ha brindado la oportunidad de leer el Aviso de prácticas de privacidad para el Departamento de Salud del Condado de LaSalle y de que se me responda cualquier pregunta antes de firmar.

Firmado: _____ Fecha: _____

Imprimir Nombre: _____

Si está firmado por alguien que no sea el paciente, indique la relación con paciente:

- Padre o tutor del paciente menor.
- Guardián o cuidador de un paciente incompetente
- Beneficiario o representante personal del paciente fallecido.

SÓLO PARA USO DE OFICINA:

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Si el paciente o el representante del paciente se niega a firmar este Reconocimiento:

Esfuerzos para obtener: _____

Razón por la cual el paciente se negó a firmar: