

**Notificación de las políticas de privacidad**  
**Departamento de Salud para la ciudad de Independencia**

**Tu información. Tus derechos. Nuestras Responsabilidades.**

---

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor revise cuidadosamente.**

**Tus derechos**

Usted tiene derecho a:

- Obtenga una copia de su historial médico en papel o electrónico
- Corregir su historial médico en papel o electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Pídanos que limitemos la información que compartimos
- Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe por usted
- Presente una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados

**Tus opciones**

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos información como y cuando nosotros:

- Dígale a su familia y amigos acerca de su condición
- Proveer alivio de desastres
- Incluirlo en un directorio de un hospital
- Proporcionar atención de salud mental
- Comercializar nuestros servicios y vender su información
- Recaudar fondos

**Nuestros Usos y Divulgaciones**

Podemos usar y compartir su información como y cuando nosotros:

- Tratarle
- Ejecutar nuestra organización
- Factura por sus servicios
- Ayuda con asuntos de salud pública y seguridad
- Hacer investigación
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director funerario
- Abordar las solicitudes de indemnización de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

**Tus derechos**

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su historial médico

- Puede pedirle que vea u obtenga una copia electrónica o en papel de su historial médico y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Proveeremos una copia o un resumen de su información de salud, normalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

**Pídanos que corriamos su historial médico**

- Puede pedirnos que corriamos información de salud acerca de usted que usted piensa que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de 60 días.

Página 1 de 4

#### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de su casa o oficina) o enviar correo a otra dirección.
- Diremos "sí" a todas las peticiones razonables.

#### **Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos**

- Puede solicitarnos que no utilicemos o compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectaría su atención.
- Si usted paga por un servicio o por un artículo de cuidado de salud de bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Vamos a decir "sí" a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

#### **Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (contable) de las horas en que compartimos su información de salud durante seis años antes de la fecha en que nos preguntó, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las revelaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras revelaciones (como las que nos pidió hacer). Proporcionaremos una contabilidad anual gratis, pero cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otra dentro de los 12 meses.

#### **Obtenga una copia de este aviso de privacidad**

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel con prontitud.

#### **Elija a alguien para actuar por usted**

- Si le ha dado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

#### **Presente una queja si cree que sus derechos han sido violados**

- Usted puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros usando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/quejas/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/quejas/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

#### **Tus opciones**

**Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos.** Si tiene una clara preferencia por cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones. En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Compartir información con su familia, amigos íntimos u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartir información en una situación de emergencia
- Incluya su información en un directorio del hospital

*Si usted no puede decirnos su preferencia, por ejemplo si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su*

*información cuando sea necesario para disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o la seguridad.*

En estos casos nunca compartiremos su información a menos que nos dé un permiso por escrito:

- Propósitos de marketing
- Venta de su información
- La mayor parte de las notas de psicoterapia

Página 2 de 4

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted para realizar esfuerzos de recaudación de fondos, pero usted puede decirnos que no lo contactemos nuevamente.

### **Nuestros Usos y Divulgaciones**

#### **¿Cómo normalmente usamos o compartimos su información de salud?**

Usualmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

#### **Tratarle**

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le están tratando.

Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado general de salud.

#### **Ejecutar nuestra organización**

Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos información sobre su salud para administrar su tratamiento y servicios.

#### **Factura por sus servicios**

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de los planes de salud u otras entidades.

Ejemplo: Le damos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague por sus servicios.

#### **¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?**

Estamos autorizados o obligados a compartir su información de otras maneras - por lo general en formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos.

Para obtener más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

#### **Ayuda con asuntos de salud pública y seguridad**

Podemos compartir información sobre su salud para ciertas situaciones como:

- Prevención de la enfermedad
- Ayudar con los retiros de productos
- Reportar reacciones adversas a medicamentos
- Reportar sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de cualquier persona

#### **Hacer investigación**

Podemos usar o compartir su información para la investigación en salud.

#### **Consentir con ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

#### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir información sobre su salud con organizaciones de adquisición de órganos.

#### **Trabajar con un médico forense o director de funeraria**

Podemos compartir información de salud con un forense, médico forense, o director de funeraria cuando muere un individuo.

Página 3 de 4

### **Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.**

Podemos usar o compartir información sobre su salud:

- Para reclamaciones de compensación de trabajadores
- Para fines policiales o con un oficial de la ley
- Con las agencias de supervisión de la salud para las actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno tales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

### **Responder a demandas y acciones legales**

Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

### **Nuestras Responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos con prontitud si ocurre una violación que puede haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos o compartiremos su información de otra manera que la descrita aquí a menos que usted nos diga que podemos por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Cambios en los Términos de este Aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible bajo petición, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

### **Otra información**

La División de Enfermedades Transmisibles e Inmunización brinda servicios limitados de salud pública tales como Inmunizaciones, control de enfermedades, vigilancia médica y servicios similares. Como tal, recopilamos una cantidad limitada de su información, el mínimo requerido para administrar los diversos programas de salud pública y las misiones que se encargan de realizar. Excepto según lo permitido o requerido por la ley, y como se establece en este Aviso de Políticas de Privacidad, no compartimos su información de salud protegida. Póngase en contacto con nosotros para cualquier pregunta que pueda tener.

**División de Enfermedades Transmisibles e Inmunización del Departamento de Salud para la Ciudad de Independencia 515 S. Liberty Independence, MO 64050 Attn. Oficial de Cumplimiento de Privacidad**

**Teléfono: (816) 325-7185**

**Fax: (816) 325-7098**