

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Departamento de Salud del Condado de Kent (*Kent County Health Department*)

**Este Aviso describe la forma en que se puede utilizar y divulgar la información médica sobre usted y cómo usted mismo puede tener acceso a esta información.
Favor de revisarlo detenidamente.**

Nos preocupamos por la privacidad de sus registros médicos.

El *Kent County Health Department* está comprometido en mantener la privacidad de la información sobre su salud. Cumpliremos con todas las leyes para proteger su información.

Sus derechos con respecto a la información sobre su salud

Usted tiene el derecho de hacer una petición por escrito para:

- **Aviso de Privacidad** - Usted puede obtener una copia en papel del Aviso de Privacidad solicitándola en cualquiera de los sitios de servicio del departamento de salud, o llamando al Gerente de Asuntos de Privacidad (*Privacy Manager*) al número telefónico que se indica más abajo.
- **Comunicaciones confidenciales** - Usted puede solicitar que las comunicaciones confidenciales que se le hagan a usted se realicen por otros métodos, o que se le envíen a otros sitios (por ejemplo utilizando el correo electrónico en vez del teléfono, o contactándole al trabajo y no a su hogar).
- **Revisar o copiar** - Usted puede solicitar para revisar y/u obtener una copia de su registro de salud (por ejemplo para ver todo o parte de su registro médico de consultas en la clínica o visitas a su hogar). Se cobrará una pequeña cuota por copiado.
- **Correcciones** - Usted puede solicitar la corrección de su registro de salud (por ejemplo para corregir su fecha de nacimiento o agregar más detalles sobre su historial de salud).
- **Restricciones** - Usted puede solicitar que se limiten ciertos usos y/o entregas de su información (por ejemplo que no se pueden enviar sus registros a su empleador, a un pariente o a una compañía de seguros).
- **Informes sobre las entregas** - Usted puede solicitar una lista de los lugares a donde se entregó la información protegida sobre su salud. Se cobrará una pequeña cuota por copiado.
- **Entregas** - Usted puede solicitar que su registro médico se entregue a alguien o que su registro médico en otro sitio se entregue al departamento de salud (por ejemplo a su doctor, a su abogado o a un pariente). Se cobrará una pequeña cuota por copiado.

Quejas

Si usted piensa que se han violado sus derechos de privacidad o que se han violado las reglas de privacidad, usted puede quejarse ante:

- **El Kent County Health Department.** Llame al *Privacy Manager* (vea más abajo) para obtener un formulario de quejas en blanco para llenar.
- **El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos** (*United States Department of Health and Human Services*). Vea la dirección y el teléfono más abajo.

No habrá represalia alguna contra usted por presentar una queja.

Usted no perderá sus beneficios ni se le negarán servicios por presentar una queja

Para hacer preguntas o presentar quejas, o para recibir más copias de este aviso, póngase en contacto con:

Privacy Manager
Kent County Health Department
700 Fuller, NE, Grand Rapids, MI 49503
Phone: (616) 632-7120; Fax: (616) 632-7084

Director - Office of Civil Rights
Region V – Dept. of Health & Human Services
233 North Michigan Ave – Suite 240, Chicago, IL 60601
Phone: (312) 886-2359; Fax: (312) 886-1807
TDD (312) 353-5693 (para personas sordas)

Las formas en las que el *Health Department* puede utilizar o entregar la información protegida sobre su salud

- **Tratamiento** - El *Health Department* puede utilizar la información sobre su salud para proporcionarle tratamiento o servicios de salud (como por ejemplo para exámenes de detección de enfermedades, exámenes de laboratorio o recetas de medicamentos). La información sobre sus inmunizaciones anteriores, por ejemplo, puede indicar las futuras vacunas que usted puede necesitar.
- **Pago** - El *Health Department* puede compartir su información para obtener el pago por el tratamiento y los servicios que usted recibió. Por ejemplo nosotros podemos facturar a su Organización de Mantenimiento de la Salud (*Health Maintenance Organization* o *HMO*) o a una aseguradora como *Medicaid*. La factura puede incluir su nombre y su diagnóstico (por ejemplo estado de hepatitis, pruebas de laboratorio, embarazo).
- **Administración del cuidado de la salud** - El *Health Department* puede utilizar y entregar información compartida sobre su salud para propósitos administrativos (por ejemplo control de calidad, revisiones de cuentas o autorizaciones). Por ejemplo la información sobre su salud la pueden utilizar enfermeros, doctores o trabajadores sociales de salud pública para:
 - evaluar el trabajo de nuestro personal (por ejemplo acreditación de salud pública);
 - evaluar la calidad de su cuidado (por ejemplo revisiones para asegurar la calidad del cuidado);
 - aprender cómo mejorar nuestras clínicas y servicios (por ejemplo los patrones de asistencia para un estudio clínico).
- **Salud pública** - La información sobre su salud puede utilizarse o entregarse para actividades de salud pública relacionadas con la prevención de enfermedades, la promoción de salud, la protección de salud, o el control de enfermedades (por ejemplo para informar enfermedades que pueden evitarse por las vacunas, para la educación sobre nutrición, para el análisis de las muertes de infantes, o para investigar casos de envenenamiento por alimentos).
- **Asociados comerciales** - El *Health Department* utiliza agencias para proporcionarle servicios en los que el *Health Department* no tiene pericia (por ejemplo facturación, radiografía o interpretación de idiomas).
- **Salud y seguridad** - La información sobre su salud puede entregarse a la policía, bomberos o paramédicos para detener una amenaza seria contra la salud y la seguridad de usted u otras personas (por ejemplo amenazas de bomba, falsas alarmas de incendio o para ayudar a víctimas de ataque al corazón).
- **De conformidad con la ley** - El *Health Department* puede utilizar y entregar la información sobre su salud para:
 - Responder a una solicitud de evidencia en un juicio o audiencia (por ejemplo citaciones judiciales);
 - Ayudar a los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley en su trabajo de exigir ese cumplimiento (por ejemplo para proporcionar un historial de enfermedades);
 - Cumplir con el informe obligatorio sobre víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica (por ejemplo informes para servicios de protección para niños, o para testificar en audiencias en casos de abuso);
 - Ayudar a los profesionales de la salud en las cárceles (por ejemplo para proporcionarles el estado de tuberculosis de los convictos en prisiones).
- **Funciones de supervisión del gobierno** - La información sobre su salud podrá divulgarse para funciones de supervisión del gobierno (por ejemplo para revisiones de cuentas, renovaciones de licencias de manejar, casos de fraude o investigaciones sobre derechos civiles).
- **Funciones especiales del gobierno** - El *Health Department* puede entregar su información para funciones especiales del gobierno (por ejemplo reclamaciones de beneficios para veteranos, solicitudes de aprobación de seguridad, investigaciones de inteligencia militar, o para proteger al presidente).
- **Investigación** - El *Health Department* puede utilizar la información sobre su salud para propósitos de investigación después de que una junta de revisión institucional o una junta de privacidad apruebe el proyecto de investigación (por ejemplo para investigar focos de enfermedades, para analizar los patrones de sustancias tóxicas en el ambiente o para estudiar los beneficios de las visitas médicas en el hogar).

Uso o Divulgación de la Información Protegida sobre su Salud (Continuada)

- **Donación de órganos y tejidos** - La información sobre su salud puede utilizarse o proporcionarse a un banco de órganos o a un hospital para la donación de partes del cuerpo (por ejemplo un ojo, riñón o corazón).
- **Investigación de muertes** - La información sobre su salud puede entregarse a los directores funerarios o a los médicos forenses para ayudarles en sus labores (por ejemplo para completar un certificado de muerte, para realizar una autopsia a un cuerpo, o para revisar la muerte de un infante).
- **Citas** - El *Health Department* puede utilizar la información sobre su salud para proporcionar recordatorios de citas que le pueden ayudar a no olvidar su próxima consulta clínica.
- **Comercialización** - El *Health Department* puede utilizar la información sobre su salud para avisarle sobre otros servicios que puedan ser de interés para usted (por ejemplo vacunas contra la influenza, formularios por Internet, o nuevas clases de educación sobre la salud) enviándole a usted un folleto, tarjeta postal o carta.
- **Compensación para trabajadores** - La información sobre su salud puede utilizarse o divulgarse para cumplir con las leyes y los reglamentos relacionados con la Compensación para Trabajadores (*Workers' Compensation*).
- **A SU SOLICITUD** - Otros usos y entregas se llevarán a cabo ÚNICAMENTE con su aprobación por escrito. Usted puede cancelar la aprobación en cualquier momento, excepto cuando el *Health Department* ya haya utilizado o entregado su información.

Obligaciones del *Health Department*

El *Health Department* deberá:

- Cumplir con las reglas del Aviso de Privacidad vigente;
- Mantener en privado la información protegida sobre su salud.
- Capacitar a nuestro personal para ayudarle a usted a utilizar sus derechos de privacidad.
- Proporcionarle a usted este Aviso de Privacidad enumerando nuestras obligaciones y prácticas de privacidad.
- Informarle a usted si no podemos aceptar su solicitud para revisar, copiar, corregir, restringir o entregar la información sobre su salud, y también ofrecerle la oportunidad de responder a una negación a su solicitud.
- Encontrar formas razonables para enviarle a usted la información confidencial sobre su salud por otros medios o a otros lugares que le ayuden;
- Cambiar de manera rápida este Aviso de Privacidad si hubiera un cambio mayor en las reglas de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro para la Salud (*Health Insurance Portability and Accountability Act* o *HIPAA*), nuevas obligaciones legales, mejores prácticas de privacidad o más formas en las que usted pueda utilizar sus derechos de privacidad; y
- Cumplir con las estrictas leyes de Michigan para ciertas enfermedades (por ejemplo, el VIH/SIDA, el abuso de sustancias, la salud mental y algunas enfermedades de transmisión sexual). Cumpliremos con las leyes federales y de Michigan sobre la confidencialidad cuando éstas sean más estrictas que las leyes de privacidad de *HIPAA*.

Kent County Health Department se reserva el derecho de modificar este Aviso de Privacidad y de elaborar nuevas políticas y procedimientos que protejan la información sobre su salud. Se le proporcionarán los avisos revisados dándole una copia del nuevo Aviso de Privacidad durante su próxima visita, o usted puede revisar e imprimir el nuevo Aviso de Privacidad en el sitio web del Condado de Kent.

(www.accesskent.com/government/departments/health_publications.htm#hdr)

Privacy Officer
Kent County Health Department
700 Fuller N.E.
Grand Rapids, MI 49503

Coloque
aquí
el sello

AUCSE DE RECIBO

Mi firma abajo certifica que he recibido del Departamento de Salud del Con dado de Kent, la
NOTICIA DE PRIVACIDAD

Nombre de Cliente

Firma

Nombre de Representante

Fecha

Relación del Representante al Cliente

Padre/Madre ____, Guardián ____, Abogado ____, Otra _____

Por favor, no escriba debajo de esta línea.

Date signature sheet received: _____ Initials: _____ Site: _____

Good faith effort used to get signature: Asked, Called, Mailed, Faxed, Other _____

Date: ____, ____, ____, ____, _____

Initials: ____, ____, ____, ____, _____

Reasons Sheet Not Signed: Refused, No ID, No Parent, Emergency, Other: _____

HIPAA Privacy Notice Signature Form (Spanish) - Last Revised, April 2003

ACUSE DE RECIBO

Mi firma abajo certifica que he recibido del Departamento de Salud del Condado de Kent, la
NOTICIA DE PRICACIDAD

Nombre de Cliente

Firma

Nombre de Representante

Fecha

Relación del Representante al Cliente

Padre/Madre ____, Guardián ____, Abogado ____, Otra _____

Por favor, no escriba debajo de esta línea.

Date signature sheet received: _____ Initials: _____ Site: _____

Good faith effort used to get signature: Asked, Called, Mailed, Faxed, Other _____

Date: ____, ____, ____, ____, _____

Initials: ____, ____, ____, ____, _____

Reasons Sheet Not Signed: Refused, No ID, No Parent, Emergency, Other: _____

HIPAA Privacy Notice Signature Form (Spanish) - Last Revised, April 2003