

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DE ALABAMA

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELA DETENIDAMENTE.

Esta Notificación de prácticas de privacidad NO es una autorización. Esta Notificación de prácticas de privacidad describe cómo el Departamento, nuestros asociados comerciales y sus subcontratistas pueden usar y divulgar su información de salud protegida (PHI, por su sigla en inglés) para realizar el tratamiento, el pago u otras operaciones de atención médica (TPO, por su sigla en inglés) y para cualquier otro propósito que la ley permita o exija. También describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida. «Información de salud protegida» significa información sobre usted, incluso información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su estado de salud físico o mental pasado, presente o futuro y con servicios de atención médica relacionados.

USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nuestro personal y otras personas externas al Departamento que estén involucradas en su atención y el tratamiento pueden usar y acceder a su información de salud protegida, con el objetivo de brindarle servicios de atención médica, pagar las facturas de su atención médica o respaldar el funcionamiento del Departamento, y para cualquier otro uso requerido por ley.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su información de salud protegida para brindar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, se puede brindar su información de salud protegida a un médico al cual usted fue derivado, a un médico de familia, a terapeutas ocupacionales, a proveedores de atención médica en el hogar, a laboratorios, a reguladores de la remuneración de un trabajador y a enfermeros administradores de casos, etc. para garantizar que el proveedor de atención médica tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

Pago: Se puede utilizar su información de salud protegida, según sea necesario, para obtener el pago de los servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación de resultados de laboratorio, terapia física, etc. puede requerir que se divulgue su información de salud protegida al plan de salud para obtener la aprobación del procedimiento.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida para respaldar las actividades comerciales del Departamento y para cumplir con las reglamentaciones que rigen el funcionamiento del Departamento. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, evaluaciones de calidad, evaluaciones de empleados, otorgamientos de licencias, recaudación de fondos y la realización o coordinación de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de la facultad de enfermería que ven a pacientes en nuestro consultorio. Además, podemos usar un formulario de registro en la mesa de entradas, donde se le pedirá que firme con su nombre para documentar que se presentó para una visita. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando el profesional de la atención médica está listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para contactarlo con el propósito de recordarle una cita e informarle sobre

alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que pueden interesarle. Si usamos o divulgamos su información de salud protegida para actividades de recaudación de fondos, le daremos la opción de denegarse a estas actividades. También puede elegir volver a incorporarse.

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Según lo requiere la ley, estas situaciones incluyen, pero no se limitan a: informar enfermedades contagiosas, informar sobre la salud pública, supervisión de la salud, abuso o negligencia, requisitos de la administración de alimentos y drogas, procedimientos legales, cumplimiento de la ley, médicos forenses, directores de funerales, donación de órganos, investigación, actividad penal, seguridad nacional, remuneración de trabajadores, presos, y otros usos y divulgaciones requeridos. De conformidad con la ley, debemos hacerle divulgaciones cuando usted lo solicite. De conformidad con la ley, también debemos divulgar su información de salud protegida cuando el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales lo requiera para investigar o determinar su cumplimiento con los requerimientos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por su sigla en inglés).

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Se realizarán **otros usos y divulgaciones permitidos y exigidos únicamente con su consentimiento, autorización o la oportunidad de oponerse**, salvo que lo exija la ley. Sin su autorización, tenemos expresamente prohibido usar o divulgar su información de salud protegida para fines de comercialización. No podemos vender su información de salud protegida sin su autorización. No podemos usar ni divulgar la mayoría de las notas de psicoterapia establecidas en su información de salud protegida. No usaremos ni divulgaremos su información de salud protegida que contenga información genética que se usará para fines de suscripción.

Usted puede revocar la autorización, en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que el Departamento haya tomado una acción basándose en el uso o la divulgación establecidos en la autorización.

SUS DERECHOS

Las siguientes son declaraciones sobre sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida (es posible que se le cobre una tarifa). De conformidad con su solicitud por escrito, usted tiene el derecho de inspeccionar o copiar su información de salud protegida, ya sea en formato impreso o electrónico. Sin embargo, en virtud de la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: Notas de psicoterapia, información recopilada al prever de forma razonable, o utilizada en, una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, información de salud protegida restringida por ley, información que se relaciona con una investigación médica en la cual usted aceptó participar, información cuya divulgación puede resultar en daño o lesión a usted o a otra persona, o información que se obtuvo bajo la promesa de confidencialidad.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información de salud protegida. Esto significa que puede solicitarnos no usar ni divulgar cualquier parte de su información de salud protegida para los fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que no se divulgue cualquier parte de su información de salud protegida a familiares o amigos que pueden estar involucrados en su atención o para los fines de notificación, tal como se describe en esta Notificación de prácticas de privacidad. Su solicitud debe establecer la restricción específica que solicita y a quién desea que se aplique la restricción. El Departamento no tiene la obligación de aceptar la restricción solicitada, a menos que usted solicite que el Departamento no

divulgue su información de salud protegida a su plan de salud acerca de la atención médica por la cual usted pagó en su totalidad mediante un desembolso personal.

Usted tiene el derecho de solicitar recibir comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales de nuestra parte utilizando un medio alternativo o a una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de esta notificación de nuestra parte, cuando la solicite, incluso si usted ha aceptado esta notificación alternativamente, por ejemplo, de manera electrónica.

Usted tiene el derecho de solicitar una modificación a su información de salud protegida. Si denegamos la solicitud de modificación, usted tiene el derecho de presentar una declaración de disconformidad ante nosotros. Podemos preparar una refutación a su declaración y le brindaremos una copia de la misma.

Usted tiene el derecho de que se le rinda cuenta de determinadas divulgaciones. Usted tiene el derecho de que se le rinda cuenta de las divulgaciones, impresas o electrónicas, excepto de las siguientes divulgaciones: en virtud de una autorización, con el fin de tratamiento, pago u otras operaciones de atención médica; aquellas exigidas por ley, las que tuvieron lugar seis años antes de la fecha de la solicitud.

Usted tiene el derecho de recibir la notificación de un incumplimiento. Le notificaremos si se ha producido un incumplimiento acerca de la información de salud protegida no garantizada.

Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de esta notificación de nuestra parte, incluso si usted ha aceptado esta notificación electrónicamente. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta notificación y le informaremos de tales cambios en la siguiente cita. También pondremos copias de nuestra nueva notificación a su disposición en nuestro sitio web en ADPH.org.

NORMA DEL MÍNIMO NECESARIO

Nuestro personal no usará ni accederá a su PHI, a menos que sea necesario para hacer su trabajo. Todo el personal del Departamento está capacitado en las Normas de privacidad y seguridad de la Ley HIPAA y firman una Política de confidencialidad con respecto a conservar la confidencialidad de su PHI. Además, divulgamos a entidades externas únicamente lo necesario de su PHI, según sea necesario para lograr los objetivos legales de los destinatarios.

NORMA DE DIVULGACIÓN INCIDENTAL

Tomaremos todas las medidas administrativas, técnicas y de seguridad razonables para garantizar la privacidad de su PHI cuando la usamos o divulgamos. Usamos un firewall y un enrutador según los estándares federales, cambiamos las contraseñas periódicamente (es decir, cuando un empleado deja de trabajar para nosotros), hacemos un respaldo de los datos de PHI fuera del lugar y se encriptan los datos según los estándares federales, y no permitimos el acceso no autorizado a áreas en las que la PHI se almacena o archiva. No hay asociados comerciales sin supervisión en las áreas de PHI sin un Acuerdo de confidencialidad del asociado comercial.

En caso de que se produjera un incumplimiento en la protección de su PHI, seguiremos las pautas federales de los estándares de la norma integral de la Ley HIPAA para evaluar primero la situación de incumplimiento usando la Norma integral, Fórmula de evaluación del incumplimiento de 4 factores. Luego, documentaremos la situación, conservaremos copias de la situación en el archivo e informaremos todos los incumplimientos (a menos que haya una baja probabilidad, según se establece en la Norma integral) al Departamento de Salud y

Servicios Sociales de Estados Unidos en
<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/administrative/breachnotificationrule/brinstruction.html>.

CAMBIOS EN LA NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD

Nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas de privacidad en cualquier momento según lo autorice la ley. Este cambio se considerará inmediato y se aplicará a toda la PHI que creemos o recibamos en el futuro. Si hacemos cambios, publicaremos la Notificación modificada en nuestro sitio web y en nuestra oficina. Cuando usted lo solicite, se le entregará una copia de la Notificación actual.

NORMAS SOBRE EL USO DE FAX, CORREO ELECTRÓNICO Y MENSAJE DE TEXTO

Cuando nos solicite que enviemos por fax, correo electrónico o mensaje de su texto su PHI como un medio alternativo de comunicación, podemos acordar hacerlo, pero nuestro Funcionario de Privacidad tiene que revisar la solicitud. Al brindarnos esta información, le garantizamos que tiene acceso único al fax, correo electrónico o teléfono con el mensaje de texto. No somos responsables de la PHI que ven otros si es un fax, correo electrónico o teléfono compartido, ya que usted solicitó que se la enviemos allí. Incluiremos una portada o adjuntaremos una notificación adecuada al mensaje. **Actualmente, nuestros correos electrónicos y mensajes de texto no están encriptados y, por lo tanto, existe el riesgo de una divulgación ilícita al comunicarse con el Departamento mediante correo electrónico o mensaje de texto. Si solicita recibir información por correo electrónico o mensaje de texto, primero debe firmar un documento que ratifica que usted está informado sobre el riesgo.**

NORMAS DE COMERCIALIZACIÓN

“Comercialización” se define como la comunicación sobre un producto o servicio que incentiva a los destinatarios a comprar o usar el producto o servicio. En virtud de la Norma integral de la Ley HIPAA, hemos incluido una sección en nuestro formulario Ratificación para obtener su autorización.

NORMAS DE RECAUDACIÓN DE FONDOS

Por lo general, no participamos en actividades de recaudación de fondos con información de pacientes. Si el Departamento participara en una actividad de recaudación de fondos, se le brindará la oportunidad de denegarse a participar en las iniciativas de recaudación de fondos.

AUTORIZACIONES RELACIONADAS CON INVESTIGACIONES

Es posible que le pidamos su autorización para usar su PHI para una futura investigación. Sin embargo, estableceremos claramente el objetivo de la investigación.

QUEJAS

Usted puede quejarse ante nosotros o el Secretario de Salud y Servicios Sociales si considera que hemos violado sus derechos de privacidad. Usted puede presentar una queja ante nosotros notificándole al Funcionario de Privacidad sobre su queja. **No tomaremos represalias por presentar una queja.**

Funcionario de privacidad

Samarria Dunson

201 Monroe Street / Suite 1540

Montgomery, Alabama 36104

(334) 206-5209

Samarria.Dunson@adph.state.al.us

La ley nos exige mantener la privacidad de, y brindar a las personas, esta notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. La ley también nos obliga a cumplir con los términos de esta notificación que están actualmente en vigencia. Si tiene preguntas sobre este formulario, por favor, hable con nuestro Funcionario de privacidad de HIPAA.

Por favor, firme el formulario “Ratificación” que se adjunta. Tenga en cuenta que, al firmar el formulario Ratificación, usted solamente ratifica que recibió o que se le dio la oportunidad de recibir una copia de nuestra Notificación de prácticas de privacidad.