

AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y COMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA DETENIDAMENTE.

INTRODUCCIÓN

El Departamento de Salud del Condado de Westchester (WCDH), bajo el Control de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA), es requerido por la ley para mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida. Le haremos saber con prontitud si una violación ocurre que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información. No usaremos o compartiremos su información que no se mencione en las formas descritas aquí a menos que usted nos lo diga por escrito. Si usted nos dice que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Déjenos saber por escrito si cambia de opinión.

Este aviso está publicado en nuestras clínicas y disponible en nuestra página web en: <http://health.westchestergov.com/>.

INFORMACIÓN PROTEGIDA

Protegemos cualquier información que lo identifique o pueda ser usada para identificarlo que esté relacionada a su salud, su tratamiento o sus beneficios del seguro de salud. Compartiremos información, si fuera necesario, si se relacionara con su tratamiento, pagos de servicios o para el manejo de operaciones del cuidado de la salud.

COMO USAMOS Y REVELAMOS SU INFORMACIÓN DE SALUD.

Podemos usar y revelar su información de salud para tratamientos, pagos y operaciones del cuidado de la salud. Presentamos ejemplos para ayudarlos a entender mejor cada categoría. Estos ejemplos no cubren todos los tipos de uso o revelación. Además, algunas reglas especiales pueden aplicar para ciertos tipos de información de salud sensible.

Tratamiento

Podríamos usar y compartir su información de salud con otros profesionales relacionados al suministro, coordinación y manejo de su cuidado y tratamiento. Por ejemplo, un doctor que lo esté tratando por una lesión le pregunta a otro doctor sobre su condición general de salud. Esto puede ocurrir entre dos doctores en nuestras instalaciones o entre nuestro doctor y otro doctor en otra instalación para asistirnos en llevarle el apropiado cuidado a usted.

Pagos

Podríamos usar y compartir su información de salud para determinar su elegibilidad para la cobertura de seguro y para facturar y obtener reembolsos de los planes de salud y otras entidades. Por ejemplo, podríamos compartir información de usted con su plan de seguro de salud, para que seamos pagados por los servicios efectuados.

Operaciones de Cuidados de Salud

Podríamos usar y compartir su información de salud sobre usted para manejar nuestras operaciones clínicas o mejorar su cuidado. Esto podría incluir actividades como manejo de casos, análisis clínicos, comprobación de calidad y mejoras, evaluación del desempeño de nuestros proveedores de cuidado de la salud, entrenamiento de estudiantes profesionales, revisión y respuesta a quejas de pacientes o querellas, obligaciones o auditorias y planificación de negocios. Por ejemplo, podríamos permitir a una enfermera revisar su carta médica como parte de un programa para identificar si ha recibido todos los servicios preventivos recomendados.

Podríamos usar y revelar su información de salud para recordarle sobre citas que haya realizado o para animarlo a hacer tales citas.

1. requerido por la ley. Podríamos usar y revelar su información de salud como es requerida por leyes locales, estatales o federales.
2. para actividades de salud pública. Podríamos revelar su información de salud a autoridades de salud públicas o agencias que conduzcan actividades de salud pública, tales como prevención y control de enfermedades. La revelación podría también ser hecha a una persona que pudiera haber sido expuesta a una enfermedad contagiosa o

que podría en todo caso estar en riesgo de contraer o extender la enfermedad o condición.

3. reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica. Podríamos revelar su información de salud a una apropiada agencia del gobierno si creemos que usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica y usted está de acuerdo a la revelación o si la revelación es requerida por la ley.
4. para procedimientos judiciales o administrativos. Podríamos revelar su información de salud en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una apropiada orden de la corte o cuerpo administrativo.
5. para propósitos del cumplimiento de la ley. Podríamos compartir su información de salud a un oficial de orden público cuando sea necesario para aminorar una amenaza seria e inminente para la seguridad del público o en todo caso como lo requiera la ley.
6. sobre individuos fallecidos. Podríamos revelar su información de salud a un forense o a un examinador médico para propósitos de identificación, determinar la causa de muerte o para que el forense o examinador médico practiquen otras actuaciones autorizadas por la ley.
7. para solicitud de donación de tejidos y órganos: podríamos compartir información sobre usted con organizaciones de recaudación de órganos.
8. para investigación: podríamos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

TRATAMIENTO ESPECIAL DE INFORMACIÓN SENSIBLE

Ciertos tipos de información de salud sensible tienen leyes adicionales que protegen más el intercambio de tales informaciones. Cualquier revelación de tales informaciones será sujeto a estas protecciones adicionales, incluyendo, VIH/SIDA, abuso del alcohol, sustancias y registros de salud mental.

OBTENIENDO SU AUTORIZACIÓN PARA OTROS USOS Y REVELACIONES

La WCDH no usará o revelará su información de salud para cualquier propósito no especificado en este Aviso de Prácticas de Privacidad sin su autorización escrita. La autorización escrita identificará especialmente el propósito particular del uso o de la revelación, la información que sea usada o revelada y el receptor de la información. Si usted nos da su autorización, puede revocarla en cualquier momento, en cuyo caso nosotros no usaremos ni revelaremos su información de salud para este propósito.

SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene los siguientes derechos sobre su información de salud:

1. Derecho a Revisar y a una Copia: Bajo la Sección 18 de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York, debemos darle la oportunidad de inspeccionar sus registros médicos dentro de **10 días** de una solicitud escrita y firmada para acceder a sus registros. Igualmente debemos proveerle copias de sus registros si las copias son solicitadas. Pregúntenos como hacer esto. Podríamos facturarle gastos razonables para reponer los costos por inspecciones y el fotocopiado; sin embargo, los cargos razonables por el papel de copiado no deben exceder los setenta y cinco centavos por página. De todas formas, a usted no se le puede negar el acceso a la información solamente por tener incapacidad de pago.
2. Derecho a Pedir por una Corrección en sus Registros: Puede pedirnos que corriamos información de salud sobre usted que piense que está incorrecta o incompleta. Usted necesitará presentar su solicitud por escrito a la Clínica de Supervisión de Salud Pública y Enfermería en las direcciones listadas al final de este aviso. Su solicitud debe describir la razón de su requerimiento. Nosotros no tenemos que estar de acuerdo para hacer los cambios que usted pide, Si nosotros no creemos que los cambios que usted pide son apropiados, le notificaremos por escrito cómo puede tener su objeción a nuestra decisión, incluida en nuestros registros. Una corrección será manejada como una adición, no un reemplazo de los registros.
3. Derecho a Pedir Comunicaciones Confidenciales: Usted puede pedirnos que lo contactemos de una forma específica, por ejemplo, a un teléfono de casa o de oficina, o enviar correos electrónicos a diferentes direcciones. Aceptaremos todo requerimiento razonable.

4. Derecho a Pedir Límites con lo que Nosotros Usamos o Compartimos: Usted puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamientos, pagos y/o nuestras operaciones. No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud y podríamos negar su requerimiento si esto afecta su cuidado.
5. Derecho a Saber Sobre Ciertas Revelaciones: Usted puede pedirnos por un listado (contabilización) de las veces que hemos compartido su información de salud por seis años anterior a la fecha en la que hace la solicitud, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las revelaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pagos, y operaciones del cuidado de la salud, y ciertas otras revelaciones (tales como cualquiera que usted nos ha pedido hacer). Le proveeremos una contabilización por año gratuitamente pero le cobraremos una tarifa razonable si nos pide por otra dentro de 12 meses. Usted puede pedir un listado de revelaciones por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección listada en la página final de este Aviso.
6. Derecho a Escoger a Alguien que Actúe por Usted: Si usted le ha dado a alguien un poder médico o si alguien es su guardián legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga la autoridad y pueda actuar por usted antes de que tomemos cualquier acción.
7. Derecho a Presentar una Denuncia: Usted puede presentar una denuncia si siente que sus derechos han sido violados contactando al Oficial de Privacidad listado en la última página de este aviso. Usted puede también contactar a la Oficina por los Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por escrito al 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201 o llamando al 1-877-696-6774. No tomaremos represalias contra usted por presentar una denuncia.
8. Derecho a Una Copia en Papel del Aviso: Usted tiene derecho a pedirnos una copia en papel de este aviso en cualquier momento. Usted puede pedir una copia en nuestra clínica, visitando nuestra página web o escribiendo a la Clínica de Supervisión de Salud Pública y Enfermería en la dirección listada en la última página de este aviso.
9. Derecho a Compartir Información: Usted tiene tanto el derecho como la elección en decirnos si usted quiere compartir información con su familia, amigos cercanos u otros involucrados en su cuidado. En estos casos, sólo compartiremos la información que sea necesaria para los miembros familiares o amistades que lo estén asistiendo. También podríamos notificar a un miembro familiar o amigo sobre su condición general. Si usted está incapacitado para decirnos sus preferencias, podríamos tomar la iniciativa y compartir su información, si consideramos que es para su mejor beneficio.

CAMBIOS EN LOS TERMINOS DE ESTE AVISO

Podríamos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. El nuevo aviso será efectivo para toda la información de salud protegida que mantengamos en ese tiempo.

FECHA DE EFECTIVIDAD

Este Aviso sobre Prácticas de Privacidad es efectivo a partir del 14 de noviembre del 2016 y sustituye el Aviso del 14 de abril del 2003.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si usted tiene alguna pregunta o desea información adicional sobre éste aviso o las prácticas sobre privacidad del WCDH, por favor contacte con nuestro Oficial de Privacidad en la dirección y teléfonos de abajo.

Departamento de Salud del Condado de Westchester
Oficial de Privacidad / Comisionado Interino para Administración
10 County Center Road, White Plains, NY 10607
914- 995-7522 o 914-813-5000

Departamento de Salud del Condado de Westchester
Clínica de Supervisión de Salud Pública y Enfermería
134 Court Street, White Plains, New York 10601
914-995-5800