

## Aviso de Practicas de Privacidad

---

### Su Información. Sus Derechos. Nuestra Responsabilidad.

---

Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor revísela con atención.

La copia más reciente de este documento se puede encontrar en las dos oficinas del Distrito de Salud del Condado de Grant y en nuestro sitio web [www.granthealth.org](http://www.granthealth.org).

El Distrito de Salud estamos comprometidos a proteger su información personal de salud. Información de salud protegida (ISP) incluye información que hemos creado o recibido acerca de su salud, la atención médica y el pago de su atención médica.

#### **ESTE AVISO CUBRE LAS SIGUIENTES ENTIDADES QUE PRESTAN SU CUIDADO:**

Todos los empleados, los médicos, los residentes médicos, dentistas, enfermeras, personal administrativo, trabajadores sociales, nutricionistas, personal contratado, estudiantes de medicina, los proveedores de salud de la comunidad, médicos afiliados y otros profesionales de la salud que le proporciona atención a través de los servicios y / o programas de las clínicas del Distrito de Salud deben cumplir con este Aviso de Prácticas de Privacidad. El Distrito de Salud puede compartir su información con estas entidades cubiertas para ayudar a proporcionarle atención médica a usted.

**Las leyes estatales y federales especiales pueden requerir que proporcionemos un nivel más elevado de protección para algunos tipos de ISP.** Protecciones adicionales que se encuentran en las leyes estatales y federales pueden aplicar a la información sobre las enfermedades de transmisión sexual, los registros de tratamiento de drogas y alcohol, los registros de salud mental y de información sobre el VIH /SIDA. Cuando lo requiera la ley obtendremos su autorización antes la liberación de este tipo de información.

#### Sus Derechos

Usted tiene el derecho de:

- Obtenga una copia de su documento médico
- Corregir su documento médico
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Puede Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de personas o organizaciones con los que hemos compartido su información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad.
- Elija a alguien que actúe en su nombre
- Presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados

#### Sus Elecciones

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



- Informe a sus familiares y amigos de su condición
- Proporcionar atención de desastres
- Incluir lo en un directorio del 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 ya que:

- Han recibido servicios
- Operación de nuestra organización
- Cobrar por sus servicios
- Ayuda con problemas de salud y de seguridad pública
- Cumplir con investigaciones
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director de una funeraria
- Compensación de dirección de los trabajadores, cumplimiento de la ley, y otras solicitudes de los gobiernos
- Responder a las demandas y acciones legales

### **Sus Derechos**

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.**

Esta sección le explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

#### **Obtenga una copia electrónica o en papel de su expediente médico**

- Usted puede pedir ver o obtener una copia electrónica o en papel de su historia médica o cualquier otra información médica que tenemos sobre usted. Usted debe hacer la solicitud por escrito a nuestro Oficial de Cumplimiento que aparece al final de este documento. Pregúntanos cómo hacer esto.
- Nosotros le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de los 15 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.
- En ciertas situaciones, podemos negar su solicitud y le diremos por qué estamos negando él. En algunos casos, usted puede tener el derecho de pedir una revisión de nuestra negación. Usted debe hacer la solicitud por escrito a nuestro Oficial de Cumplimiento que aparece al final de este documento. Pregúntanos cómo hacer esto.

#### **Consúltenos para corregir su expediente médico**

- Usted puede pedir que corriamos la información médica acerca de usted que usted cree que es incorrecta o incompleta. Usted debe hacer la solicitud por escrito a nuestro Oficial de Cumplimiento que aparece al final de este documento. Pregúntanos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su petición, pero le diremos la razón por escrito dentro de los 10 días. Usted puede responder mediante la presentación de una declaración por escrito de desacuerdo con nosotros y pedir que la declaración se incluirá en su expediente médico. Pregúntanos cómo hacer esto.

#### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Usted puede pedirnos como ponernos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, su domicilio o teléfono de la oficina) o enviar correo a una dirección diferente. Usted debe hacer la solicitud por escrito a nuestro Oficial de Cumplimiento que aparece al final de este documento. Pregúntanos cómo hacer esto
- Vamos a decir "sí" a todas las solicitudes razonables

#### **Consúltenos para limitar lo que usamos o compartir**

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago, o las operaciones. Usted debe hacer la solicitud por escrito al Oficial de Cumplimiento que aparece al final de este documento y que nos debe decir qué información desea limitar ya quién aplicar los límites. Pregúntanos cómo hacer esto. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y se puede decir "no" si esto afectaría su cuidado.
- Si usted paga por un servicio o artículo de atención médica fuera de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o las operaciones con su aseguradora de salud. Vamos a decir "sí" al menos que una ley nos obliga a compartir esa información.

#### **Obtenga una lista de personas con los que hemos compartido información**

- Usted puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud para los seis años anteriores a la fecha en que solicite, que compartimos, y por qué. Usted debe hacer la solicitud por escrito a nuestro Oficial de Cumplimiento que aparece al final de este documento. Pregúntanos cómo hacer esto.
- Vamos a incluir todas las revelaciones con la excepción de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud, y ciertas otras revelaciones (como cualquiera que nos pidió hacer). Nosotros le podemos ofrecer una contabilidad de un año de forma gratuita, pero se cobrará una tarifa razonable basada en el costo si usted pide otro plazo de 12 meses.

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

- Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha aceptado recibir la notificación por medios electrónicos. Nosotros le proporcionaremos con una copia en papel con prontitud.

#### **Elige a alguien para que actúe en su nombre**

- Si usted le ha dado a alguien poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona podrá ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona que tiene esta autoridad y poder actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

#### **Presentar una queja si considera que sus derechos son violados**

- Usted puede presentar una queja si usted siente que hemos violado sus derechos dirigiéndose a nuestro Oficial de Cumplimiento que aparece al final de este documento.
- Usted puede presentar una queja ante la Oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Derechos Civiles EE.UU. mediante el envío de una carta a 200 Independence Avenue, SW , Washington , DC 20201 , llamando al 1-877-696-6775 , o visitando
- [www.hhs.gov/ocr/privacidad/HIPAA/quejas/](http://www.hhs.gov/ocr/privacidad/HIPAA/quejas/).
- Nosotros no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

### **Sus Elecciones**

#### **Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus opciones acerca de lo que compartimos.**

Si usted tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos, y vamos a seguir sus instrucciones. Usted debe hacer la solicitud por escrito a nuestro Oficial de Cumplimiento que aparece al final de este documento. Pregúntenos como hacer esto.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho a la elección de decirnos a:

- Comparte información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartir información en una situación alivio de desastres
- Incluya su información en una situación de hospital

*Si usted no es capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo, si usted está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad*

*Usted tiene el derecho a retirar su permiso para que divulguemos su información. Para cambiar el permiso para que divulguemos información, debe hacer la solicitud por escrito a nuestro Oficial de Cumplimiento que aparece en la parte inferior de esta página. Pregúntenos como hacer esto. Retirar el permiso no afecta a la información que ya ha sido utilizada o revelada.*

En estos casos nunca compartimos su información a menos que usted nos da permiso por escrito:

- Propósitos de comercialización
- Venta de su información
- Intercambio mayor de notas de psicoterapia

En el caso de la recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos, pero se puede decir que no nos comuniquemos con usted de nuevo.

## **Nuestros Usos y Divulgaciones**

### **¿Cómo típicamente utilizamos o compartimos su información de salud?**

Típicamente usamos o compartimos su información de salud en las siguientes formas sin su autorización.

#### **Para Tratamiento**

Podemos utilizar su información médica para proporcionarle tratamiento y podemos compartir su información con otros profesionales que le estén tratando.

*Ejemplos: Su médico necesita saber si usted es alérgico a cualquier medicamento. El médico puede compartir esta información con los farmacéuticos y otras personas que cuiden de usted. Es posible que tengamos que decirle a un especialista acerca de sus condiciones de salud si nos referimos a un especialista para que pueda recibir la atención adecuada.*

#### **Funcionamiento de Nuestra Organización**

Podemos utilizar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y ponerse en contacto con usted cuando sea necesario.

*Ejemplos: Nosotros usamos su información de salud para controlar su tratamiento y servicios. Podemos utilizar su información médica para revisar la calidad de los servicios que usted reciba o para proporcionar capacitación a nuestro personal.*

#### **Cobrar para sus servicios**

Podemos usar y compartir su información médica para cobrar y recibir el pago de los planes de salud u otras entidades. Sin embargo, no vamos a revelar su información de salud a un pagador de terceros sin autorización excepto cuando sea requerido por la ley. También podemos informar a su plan de salud acerca de su tratamiento recomendado para obtener su aprobación previa, si es requerido por su plan de seguro.

---

*Ejemplos: Le damos información sobre usted a su plan de seguro de salud por lo que va a pagar por sus servicios. Si necesita atención médica que requiere de una autorización previa, vamos a llamar a su plan de salud para asegurarse de que la atención está cubierta y será pagado por el plan de salud.*

### **¿Cómo podemos utilizar o compartir su información de salud?**

Se nos permite o nos obliga a compartir su información por otros medios-por lo general de manera que contribuyan al bien del público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. 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 problemas de salud y de seguridad pública**

Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones, según lo autorizado por la ley, tales como:

- La prevención de la enfermedad
- Ayudar con las retiradas de producto
- Declaración de reacciones adversas a medicamentos
- Generación de informes sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Evitar o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad de cualquier persona

### **Hacer una investigación**

Podemos usar o compartir su información para la investigación en salud. No vamos a comercializar o vender su información personal..

### **Cumplir con la ley**

Vamos a compartir información sobre usted cuando las leyes estatales o federales requieren que, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si se quiere ver de que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

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

Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos..

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

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

### **Compensación de dirección de los trabajadores, cumplimiento de la ley, y otras solicitudes de los gobiernos**

Podemos usar o compartir información de salud, según lo autorizado por la ley, acerca de usted:

- Para las reclamaciones de compensación de trabajadores
- Para los propósitos de aplicación de la ley o con un agente de la ley
- Con las agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno tales como militares, de seguridad nacional y los servicios de protección presidenciales

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

Podemos compartir su información médica 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 de salud protegida.
  - Le haremos saber de inmediato si se produce un incumplimiento que pueda haber puesto en peligro la privacidad o la seguridad de su información.
  - Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y se le dará una copia.
-

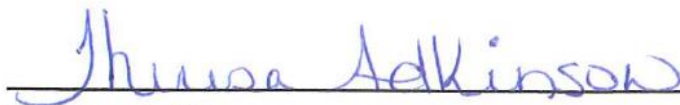
- No usaremos o compartiremos su información distinta a la descrita aquí al menos que nos diga que podemos. Si nos dicen que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Usted debe hacer la solicitud de cambio de los cuales podemos compartir información con escrito a nuestro Oficial de Cumplimiento que aparece en la parte inferior de esta página. Pregúntenos cómo hacer esto. 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 las Condiciones de este Aviso**

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

HIPAA Compliance Officer:	Kathleen Nelson
Teléfono:	509-766-7960, Ext. 28
Correo electrónico:	knelson@granthealth.org

Approved



---

Theresa Adkinson  
Administrator