



AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Sus Derechos Sus Elecciones Nuestras Responsabilidades

Este aviso describe como su información médica puede ser usada y divulgada y como puede tener acceso a esta información. **Por favor revíselo cuidadosamente.**

**Esta página provee un resume de sus derechos de privacidad e información importante de contacto.*

Sus Derechos

Usted tiene el derecho de:

- Obtener una copia de su expediente médico en papel o electrónico
- Pedirnos que corrijamos su expediente médico en papel o electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quien hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien que actúe por usted
- Presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados

Sus Elecciones

Usted tiene elecciones en la manera que nosotros usamos y compartimos información como nosotros:

- Decirle a familiares y amigos acerca de su condición
- Proveer alivio en desastres
- Proveer cuidado se salud mental
- Comercializar nuestros servicios
- Comunicar recordatorio de citas u ofrecer tratamientos alternativos
- Optar por ninguna de las opciones indicadas

Otros Usos y Divulgaciones

Nosotros podemos usar y compartir su información como nosotros:

- Lo tratemos

Información de Contacto

Si usted tiene preguntas acerca de este aviso o le gustara tener más información, por favor contacte al Oficial de Privacidad del Centro de salud y Nutrición del Condado de Surry, Emily Mayes, al 336-401-8425 o al mayesem@co.surry.nc.us



AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

- Ejecutemos nuestra organización
- Facturemos sus servicios
- Ayudemos con salud pública y problemas de seguridad
- Hagamos investigaciones
- Cumplamos con la ley
- Trabajemos con un examinador médico o director de funeraria
- Dirijamos indemnización laboral, cumplimiento de ley, y otros requisitos del gobierno, institución correccional, asociados de negocios
- Respondamos a una demanda y acción legal

Información de Contacto

Si usted tiene preguntas acerca de este aviso o le gustara tener más información, por favor contacte al Oficial de Privacidad del Centro de salud y Nutrición del Condado de Surry, Emily Mayes, al 336-401-8425 o al mayesem@co.surry.nc.us

| Sus Derechos | |
|---|---|
| Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas responsabilidades para ayudarle a usted. | |
| Pídanos que le corriamos su historial médico | <ul style="list-style-type: none"> • Usted puede solicitar que corriamos información médica sobre usted que usted piense que esté incorrecta o incompleta. Pregúntenos como hacerlo. • Nosotros podemos decir “no” a su petición, pero le diremos por qué, por escrito dentro de 60 días. |
| Pida comunicación confidencial | <ul style="list-style-type: none"> • Usted puede solicitar que lo contactemos de alguna manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o mandarle correspondencia a un domicilio diferente. • Nosotros diremos “sí” a todas sus solicitudes razonables |
| Pídanos limitar lo que usamos o compartimos | <ul style="list-style-type: none"> • Usted puede solicitar que no usemos o compartamos cierta información médica para tratamiento, pagos, o nuestras operaciones. No se nos requiere estar de acuerdo con su solicitud, y puede ser que digamos “no” si afectaría su cuidado. • Si usted paga por sus servicios o un artículo para su cuidado de salud de en totalidad de su bolsillo, puede solicitar que no compartamos esa información para propósitos de pagos o nuestras operaciones con su seguro de salud. Nosotros diremos “si” a menos que la ley requiera que compartamos esa información. |
| Obtenga una lista de aquellos con quien hemos compartido información. | <ul style="list-style-type: none"> • Usted puede solicitar una lista (de contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud en los últimos seis años, antes de la fecha que pida, con quien hemos compartido la información y por qué. • Nosotros incluiremos todas las divulgaciones excepto sobre aquellos de tratamientos, pagos, y operaciones de cuidado de salud, y otras ciertas divulgaciones (tal como cualquiera que usted nos ha pedido que hagamos). Proveremos una contabilidad al año gratis, pero cobraremos un cargo razonable, basado en el costo si usted pide otro dentro de 12 meses. |
| Obtenga una copia del aviso de privacidad | <ul style="list-style-type: none"> • Usted puede pedir una copia en papel de este aviso a cualquier momento. |
| Elija a alguien que actúe por usted | <ul style="list-style-type: none"> • Si usted le ha dado a alguien poder médico o si alguien es un tutor legal, esa persona puede ejercitar sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. • Nosotros nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y que pueda actuar por usted antes de que nosotros tomemos cualquier acción. |
| Presente una queja si siente que sus derechos han sido violados | <ul style="list-style-type: none"> • Usted puede quejarse si piensa que nosotros hemos violado sus derechos al contactarnos usando la información en la primera página. • Usted puede contactar al Oficial de Privacidad del Departamento de Salud, Emily Mayes al mayesem@co.surry.nc.us o 336-401-8425. • Usted puede presentar una queja con el Oficial del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para Derechos Civiles mandando una carta al 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. • Nosotros no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. |

| Sus Elecciones | |
|---|---|
| Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus elecciones sobre lo que compartimos. Si tiene preferencias claras por como nosotros compartimos su información en las situaciones indicadas abajo, hable con nosotros. Díganos que quiere que hagamos, y nosotros seguiremos sus instrucciones. | |
| En caso de recaudación de fondos: | <ul style="list-style-type: none"> • Puede ser que nosotros le contactemos para recaudar fondos, pero usted nos puede pedir que no le contactemos de nuevo. |
| En estos casos nunca compartiremos su información a menos que usted nos de permiso por escrito: | <ul style="list-style-type: none"> • Propósitos de comercio • Vender su información • La mayoría de las notas compartidas de psicoterapia |
| En estos casos, usted tiene ambos, el derecho y elección para decirnos que: | <ul style="list-style-type: none"> • Compartamos información con su familia, amigos cercanos, u otros involucrados en su cuidado • Compartamos información en una situación de alivio de desastre |

| | |
|---|---|
| | Si usted no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si esta inconsciente, nosotros compartiremos su información si creemos que es lo mejor para usted. Nosotros compartiremos su información cuando sea necesario aminorar una amenaza seria e inminente para su salud y seguridad. |
| Nuestros Usos y Divulgaciones | |
| ¿Como típicamente usamos y compartimos su información de salud? | |
| Usamos y compartimos su información de salud típicamente de las siguientes maneras: | |
| Al tratarlo | <ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. <p><i>Ejemplo: Un doctor que lo está tratando por una lesión le pregunta a otro doctor acerca de su condición de salud en general.</i></p> |
| Dirigir nuestra organización | <ul style="list-style-type: none"> Podemos usar y compartir su información de salud para dirigir nuestro consultorio, mejorar su cuidado, y contactarlo cuando sea necesario. <p><i>Ejemplo: Usamos su información de salud de para administrar su tratamiento y servicios.</i></p> |
| Facturar sus servicios | <ul style="list-style-type: none"> Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener pago de su plan de salud u otras entidades. <p><i>Ejemplo: Usamos información acerca de usted a su plan de seguro de salud para que pague por sus servicios.</i></p> |

| | |
|---|--|
| <u>Nuestras Responsabilidades</u> | |
| <ul style="list-style-type: none"> Se nos requiere por ley mantener la privacidad y seguridad de la protección de su información médica. Le avisaremos inmediatamente si ocurre una violación que comprometa la privacidad y seguridad de su información para reducir el daño de cualquier violación de privacidad/confidencialidad. Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad describidlas en el aviso y darle una copia. Nosotros no usaremos o compartiremos su información aparte de lo descrito aquí a no ser que usted nos diga que podemos por escrito. Si usted dice que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia opinión. Entrenar a nuestro personal sobre la privacidad y confidencialidad, y disciplinar a los empleados que violan la privacidad y confidencialidad. | |

| |
|--|
| <p><u>¿De qué otra manera podemos usar y compartir su información de salud?</u></p> <p>A nosotros se nos permite o requiere que compartamos su información de otras maneras—usualmente en maneras que contribuyen a bienes públicos, como a su salud publica e investigaciones. Nosotros tenemos que cumplir con varias condiciones por ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos. Para más información vea: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.</p> <p>Ayuda con salud pública y problemas de seguridad</p> <p>Nosotros podemos compartir información de su salud en ciertas situaciones como:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prevención de enfermedades Ayudando con productos retirados Reportar reacciones adversas de medicamentos Reportar sospechas de abuso, negligencia, o violencia doméstica Prevenir o reducir una amenaza seria de salud o la seguridad de cualquiera <p>Hacer investigaciones</p> <p>Nosotros podemos usar o compartir su información para hacer investigaciones de salud.</p> <p>Cumplir con la ley</p> <p>Nosotros compartiremos su información si el estado o leyes federales lo requieren, incluyendo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que nosotros estamos cumpliendo con ley de privacidad federal.</p> <p>Responder a peticiones sobre donaciones de órganos y tejido</p> <p>Nosotros podemos compartir su información con la organización de obtención de órganos.</p> <p>Trabajar con un examinador médico o director de funeraria</p> <p>Nosotros podemos compartir información de salud con un juez de instrucción, examinador médico, o director de funeraria cuando un individual muere.</p> <p>Cuestiones de compensación de los trabajadores, Agencia Policiaca y otras peticiones del gobierno</p> <p>Nosotros podemos usar o compartir su información de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> Para reclamos de compensación de trabajadores Para propósitos de Agencia Policiaca o con un oficial de una agencia policiaca Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley |
|--|

- Para funciones especiales por el gobierno tal como el ejército, seguridad nacional, y servicios de protección presidenciales

Responder a demandas y acciones legales

Nosotros podemos compartir su información de salud en respuesta a un tribunal u orden administrativa, o en respuesta a una citación.

Cambios a los Términos de este Aviso

Nosotros podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios aplican a toda la información que tenemos acerca de usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Intercambio de Información de Salud:

Nosotros tal vez proveamos su información de cuidado de salud a la Autoridad de Intercambio de Salud de Carolina del Norte (NC Health Information Exchange Authority) (HIEA). El HIE es una base de datos de información en donde otros proveedores de salud que lo están atendiendo pueden tener acceso a su información médica si son miembros del HIEA. Al tener acceso a su información puede ayudar a su proveedor de cuidado de salud a proveer cuidado rápido estando bien informado porque ella/el sabrán acerca de su historial médico por medio del HIEA. Si usted no quiere que su información médica sea contribuida al HIEA y compartida con proveedores miembros del cuidado de salud, puede optar por no, al pedirnos una forma o al visitar al <https://hiea.nc.gov/patients/your-choices> para descargar y completar la forma optar por no. Note que si usted opta por no, puede ser que sus proveedores no tengan la información más reciente sobre usted el cual puede afectar su cuidado. Si optar por no, hay medidas que usted puede tomar en el enlace para optar en una fecha más tarde <https://hiea.nc.gov/patients/your-choices>. **Si es menor de 18 años de edad**, por favor tome en cuenta que el HIEA de Carolina del Norte no procesara su optar por no a menos que sus padres o tutor legal hayan firmado su forma de optar por no, o que usted este emancipado. Si es menor y recibe tratamiento para (1) enfermedades venéreas y otras enfermedades reportables, (2) embarazo, (3) abuso de sustancias controladas o alcohol, y (4) disturbio emocional, por favor hable con su proveedor de cuidado de salud para ver si usted puede solicitar que esta información no sea revelada al HIEA de Carolina del Norte.