

DISTRITO DE SALUD DEL CONDADO LARIMER NORTE

ESTE AVISO DETALLA LA MANERA EN LA QUE SE PUEDE UTILIZAR Y COMPARTIR LA INFORMACIÓN ACERCA DE SU SALUD Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A TAL INFORMACION. FAVOR DE LEER ATENTAMENTE.

Es requerido por ley que se mantenga la privacidad de su Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés), y que se le brinde al público la información de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su Información de Salud Protegida. Además, que se notifique a quien se vea afectado, si ocurre alguna violación a la seguridad de su Información de Salud Protegida. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este aviso mientras esté en efecto. Este aviso entrará en efecto el 23 de Septiembre del 2013 y permanecerá de éste modo hasta ser reemplazado.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, hasta donde la ley lo permita y de proveer el nuevo aviso que entre en efecto, concerniente a toda la Información de Salud Protegida que esté a nuestro cargo. De haber un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, éste aviso será reemplazado. El nuevo aviso será entonces exhibido de forma clara y prominente en nuestra localidad y se entregarán copias de dicho nuevo aviso a quien lo solicite.

Usted podrá obtener una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o para solicitar copias adicionales de este aviso, por favor comuníquese con nosotros utilizando la información provista al final de este aviso.

¿CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y COMPARTIR LA INFORMACIÓN A CERCA DE SALUD?

Podemos utilizar y compartir la información acerca de su salud para varios propósitos, incluyendo tratamiento, pagos y operaciones de cuidados médicos. Le proveeremos una descripción y un ejemplo para cada una de estas categorías. Cierta información, tal como información relacionada con el VIH (HIV, por sus siglas en inglés), información genética, registros de abuso de drogas y/o alcohol así como expedientes de salud mental pueden ser sujetos a protecciones de confidencialidad especiales de acuerdo a leyes estatales y federales. Nos atenderemos a dichas protecciones especiales, siendo que estas forman parte de casos que incluyen dicho tipo de registros.

Tratamiento. La información acerca de su salud puede ser utilizada y compartida para propósitos de tratamiento. Por ejemplo, su información puede ser compartida con algún especialista de salud que le brinde sus servicios.

Pagos. La información acerca de su salud puede ser utilizada y compartida con el fin de obtener pagos por el tratamiento y los servicios que usted reciba de nosotros o de alguna otra organización involucrada en su cuidado. Las actividades de pago incluyen facturación, colecciones, manejo de reclamos y determinaciones de cobertura y elegibilidad para obtener pagos por parte suya, de la compañía aseguradora o algún tercer partido. Por ejemplo, es posible que enviemos un reclamo a su proveedor de cobertura dental que contenga cierta información de salud.

Operaciones de Cuidados Médicos. La información acerca de su salud puede ser utilizada y compartida en relación a nuestras operaciones de cuidados médicos. Ejemplos de dichas operaciones de cuidados médicos podrían incluir actividades de control de calidad y mejoramiento, programas de entrenamiento y actividades en que se otorguen licencias.

Personas Involucradas en su Cuidado Médico o Pagos por sus Cuidados Médicos. La información acerca de su salud podrá ser compartida con sus familiares, amigos o alguna otra persona que usted indique que esté involucrada en su cuidado médico o en el pago de sus cuidados médicos. Adicionalmente, podríamos compartir su información con un representante de pacientes. Si alguna persona posee la autoridad legal para tomar decisiones acerca de su salud en nombre suyo, trataremos a este representante del paciente de la misma manera que lo trataríamos a usted en cuanto a la información de su salud.

Ayuda a Víctimas de Catástrofes. La información acerca de su salud puede ser utilizada y compartida con el propósito de asistir en actividades de ayuda a víctimas de catástrofe.

Requisitos de la Ley. La información acerca de su salud podría ser usada y compartida si la ley lo requiere.

Actividades de Salud Pública. La información acerca de su salud podría ser compartida para actividades de salud pública incluyendo los siguientes fines:

- Controlar y prevenir enfermedades, daños y discapacidades.
- Reportar abuso o negligencia infantil.
- Reportar reacciones a los medicamentos o problemas con productos o dispositivos.
- Notificar a la persona de productos o dispositivos que hayan sido reparados, reemplazados o retirados del mercado.
- Notificar a la persona si ha sido expuesta a alguna enfermedad o condición.

- Notificar a las autoridades de gobierno pertinentes si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Seguridad Nacional. La información de salud del personal militar podría ser compartida con las autoridades militares bajo ciertas circunstancias. Dicha información podría ser presentada a funcionarios federales autorizados, conforme lo requieren las actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y otras funciones de seguridad nacional. Así también compartiremos la Información de Salud Protegida de un persona encarcelada o paciente con la institución correccional u oficial que posea su custodia legal.

Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HSS, por sus siglas en inglés). Compartiremos la información acerca de su salud con la HSS cuando sea requerida para investigar o determinar el cumplimiento de acuerdo a HIPAA.

Compensación Laboral. Compartiremos su Información de Salud Protegida en la medida que sea necesaria para el cumplimiento de las leyes relacionadas con la compensación laboral u otros programas similares establecidos por la ley.

Autoridades. Su Información de Salud Protegida podría ser compartida con las autoridades hasta el grado permitido por HIPAA, según lo requiera la ley y en respuesta a una orden judicial o de comparecencia legal.

Actividades de Supervisión de Salud. Su Información De Salud Protegida podría ser compartida con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley. Dichas actividades de supervisión incluyen auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgación de permisos y son necesarias para que el gobierno ejerza control el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes sobre los derechos civiles.

Procedimientos Judiciales y Administrativos. Su Información De Salud Protegida podría ser compartida en respuesta a una orden administrativa o judicial si usted forma parte de una disputa o demanda. También podríamos divulgar la información acerca de su salud en respuesta a una orden de comparecencia, descubrimiento u otro proceso legal por un tercero en una disputa, pero sólo si nosotros o la parte solicitante hemos ejercido todos los medios para comunicarle a usted acerca de dicha solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Investigación. Podríamos compartir su Información De Salud Protegida a investigadores, siempre que su investigación sea aprobada por una Junta Institucional de Revisión o de Privacidad que haya revisado y establecido los protocolos de la propuesta investigativa manteniendo segura la privacidad de su información.

Médicos Forenses, Examinadores Médicos, y Directores de Funerarias. Compartiremos su Información de Salud Protegida con médicos forenses y examinadores médicos. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para identificar el fallecimiento de una persona o determinar la causa de muerte. Además podríamos compartir su Información de Salud Protegida de acuerdo a las leyes establecidas, con directores funerarios a fin de que éstos puedan desempeñar sus funciones.

Recaudación de Fondos. Podríamos comunicarnos con usted para ofrecerle información sobre nuestras actividades, incluyendo los programas para la recaudación de fondos, según la ley lo permita. Si usted no desea obtener dicha información de nuestra parte, usted puede solicitar no ser partícipe de dichas comunicaciones.

Otro Usos y Revelaciones de su Información de Salud Protegida.

Con muy pocas excepciones, se requiere su autorización para compartir notas de psicoterapia, uso y divulgación de su Información de Salud Protegida para propósitos de mercadeo y para la venta de su Información de Salud Protegida. Además deberemos obtener su autorización por escrito antes de usar o compartir su Información de Salud Protegida para propósitos que no hayan sido descritos en este aviso (o según sea permitido o requerido por la ley). Usted podrá revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. En el momento en que su revocación escrita sea recibida, dejaremos de utilizar o divulgar su Información de Salud Protegida excepto en la medida en que ya hayamos tomado acción sobre la información divulgada basados en la autorización anterior.

Sus Derechos acerca de la Información de su Salud.

Acceso. Usted tiene derecho a ver u obtener copias sobre la información acerca de su salud con limitadas excepciones. Deberá solicitarlo por escrito. El formulario para solicitar acceso a su información puede ser solicitado utilizando los medios de contacto al final de este aviso. Además podrá solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que se encuentra el final de este aviso. Podemos proveerle fotocopias de la información que tenemos por escrito, si usted lo solicita. Si la información solicitada es electrónica, usted tiene derecho a obtener una copia electrónica. Utilizaremos la forma o formato solicitado que sea más accesible. Se le cobrará una suma razonable basada en tiempo utilizado y el costo de los materiales, así como los costos por envío si las copias son enviadas por correo. Comuníquese con nosotros utilizando la información al final de este aviso, si quiere más detalles acerca de nuestras tarifas.

Si su petición de acceder a sus expedientes médicos es denegada, usted tiene derecho a pedir una revisión de dicha denegación de acuerdo a las leyes que apliquen en ese caso.

Divulgaciones de Cuentas. Con la excepción de ciertas divulgaciones, usted tiene derecho a recibir información acerca de divulgaciones de cuentas de su salud de acuerdo a las leyes y reglamentos que apliquen en ese caso. Para obtener un estado de las cuentas divulgadas con información acerca de su salud deberá presentar una solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad. Si usted solicita cuentas en más de una ocasión dentro de un período de 12 meses, podrá ser sujeto a un cobro razonable basado en nuestros gastos para responder a sus solicitudes adicionales.

Su Derecho a Solicitar Restricciones. Usted tiene derecho a ejercer restricciones sobre nuestro uso o divulgación de su Información de Salud Protegida presentando una solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad. Su petición escrita deberá incluir lo siguiente: 1) Cuál información desea limitar, 2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos, y 3) a quién desea que se le apliquen estos límites. No estamos obligados a aceptar su pedido excepto cuando la divulgación es para un plan médico con el propósito de pagar u ofrecer operaciones de salud y cuando dicha información pertenezca estrictamente a un servicio médico por el cual usted o la persona encargada (no incluida en el plan médico) haya pagado por cuenta propia en su totalidad a nuestra oficina.

Formas de Comunicación Alternas. Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted con respecto a la información acerca de su salud por medios alternos o en lugares alternos. Deberá presentar su petición por escrito. Su petición deberá especificar sus lugares o medios alternos, así como una explicación convincente de cómo manejaremos los pagos de acuerdo a los lugares y medios alternativos que usted ha dispuesto. Trataremos de satisfacer sus necesidades de manera razonable. Sin embargo, si no es posible comunicarnos con usted de las maneras o a los lugares solicitados, podremos contactarle utilizando la información existente.

Enmiendas. Usted tiene derecho a solicitar que enmendemos su información de salud. Su petición deberá ser por escrito y deberá explicar la razón para dichas enmiendas. Su petición podría ser denegada bajo ciertas circunstancias. Si aceptamos su petición, haremos las enmiendas correspondientes en sus registros y le informaremos de dichos cambios. Si su petición de enmendar su información es denegada, le provereemos una explicación por escrito de la razón por la cual ha sido negada; incluiremos también detalles de sus derechos.

Derecho a ser Informado de Violaciones. Le notificaremos si ha existido una violación de la Información de Salud Protegida no asegurada según lo requiere la ley.

Notificaciones Electrónicas. Usted podrá recibir una copia escrita de este aviso, si así lo solicita, aún si ya ha aceptado el recibirlo de manera electrónica por medio de nuestro sitio de internet o por correo electrónico (e-mail).

Quejas y Preguntas

Si usted desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, por favor comuníquese con nosotros.

Si a usted le preocupan posibles violaciones a sus derechos de privacidad, o si está en desacuerdo con alguna decisión que hayamos tomado con respecto a cómo acceder a la información acerca de su salud o en respuesta a algún pedido de enmendar o restringir el uso de la información acerca de su salud o al uso de comunicaciones o lugares alternos, podrá presentar un reclamo utilizando la información que se provee al final de este aviso. También podrá presentar un reclamo por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le facilitaremos la dirección a la cual puede presentar su reclamo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si usted lo solicita.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. Si usted opta por presentar un reclamo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o por medio nuestro, no tomaremos ningún tipo de represalias.

Nuestro Funcionario de Privacidad: [John F. Newman](#)

Teléfono: [970-224-5209](tel:970-224-5209) Fax: [970-221-7165](tel:970-221-7165)

Dirección: [120 Bristlecone Dr. - Ft Collins, CO](#)

Correo electrónico: jnewman@healthdistrict.org

**RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE REGLAS
DE CONFIDENCIALIDAD**

Nombre del cliente o representante del cliente (Letra de molde)

Fecha de nacimiento

Reconozco que he recibido el Aviso de Reglas de Confidencialidad del Health District of Northern Larimer County.

Firma del cliente o representante del cliente

Fecha (Firma válida por curso de vida)

(Para uso cuando el reconocimiento no puede ser obtenido directamente del cliente.)

El cliente se presentó al Health District of Northern Larimer County el _____, y se le proveyó
Fecha
una copia del Aviso de Reglas de Confidencialidad del Health District. Un esfuerzo de buena fe se hizo para obtener por escrito el reconocimiento de que el cliente recibió este aviso. Sin embargo, no lo pudimos obtener porque:

- El cliente se negó a firmarlo.
- El cliente no tuvo la capacidad de firmarlo o escribir sus iniciales porque: _____
- El cliente tuvo una emergencia médica, y trataremos de conseguir el reconocimiento en la primera ocasión posible.
- Otra razón (describa abajo):

Firma del empleado

Fecha

[Nota: Los proveedores están requeridos a hacer esfuerzos de buena fe para conseguir reconocimiento de que cada paciente ha recibido su Aviso de Reglas de Confidencialidad. Si el individuo se niega a hacerlo, el proveedor debe documentar sus “esfuerzos de buena fe” para conseguir el reconocimiento. La regulación no especifica como esos “esfuerzos de buena fe” deben ser documentados.]