



**SUMMIT COUNTY PUBLIC HEALTH**  
1867 W. MARKET ST. • AKRON, OH 44313 • 330-923-4891

## **AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

### **Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.**

Esta notificación describe cómo su información médica puede utilizarse y divulgarse, y cómo usted puede tener acceso a esta información. **Revísela con cuidado.**

#### **Sus derechos**

**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

---

**Para obtener una copia de su historial médico en formato electrónico o en copia impresa.**

- Puede solicitar su historial médico y otra información médica que tengamos de usted en copia impresa o en formato electrónico. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica. Esto toma generalmente alrededor de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable a base de nuestro costo

---

**Para solicitar que corrijamos su historial médico**

- Puede solicitar que corrijamos su información médica si usted piensa que es incorrecta o que está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

---

**Puede solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

---

**Puede solicitar que limitemos la información que utilizamos o compartimos**

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para tratamiento, pago o para nuestros procesos de operaciones.
  - No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención médica
- Si paga por un servicio, artículo de atención médica o tratamiento por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos ésta información con el propósito de pago o nuestro proceso de operaciones con su seguro médico.
  - Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

---

**Para recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información**

- Puede solicitar una lista de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y el por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le ofreceremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable a base del costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

---

**Puede obtener una copia de éste aviso sobre prácticas de privacidad**

- Puede solicitar una copia de ésta notificación en cualquier momento, si acordó recibir la notificación en formato electrónico, se la enviaremos por correo electrónico o si la quiere en papel, le enviaremos una copia de inmediato.

---

**Elegir a alguien para que actúe en su nombre**

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

---

**Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos**

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información en la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), los últimos dos están disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

## Sus Opciones

**Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.**

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones

---

**En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:**

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

---

**En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:**

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia

---

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted para la recaudación de fondos , pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

## Nuestros usos y divulgaciones

**Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica?** Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

---

<b>Tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.</li></ul>	<i><b>Ejemplo:</b> Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.</i>
<b>Dirigir nuestra organización</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención médica y comunicarnos con usted cuando sea necesario.</li></ul>	<i><b>Ejemplo:</b> Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.</i>
<b>Facturar por sus servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.</li></ul>	<i><b>Ejemplo:</b> Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.</i>

---

**¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?** Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español..

---

<b>Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:<ul style="list-style-type: none"><li>• Prevención de enfermedades.</li><li>• Ayuda con el retiro de productos del mercado.</li><li>• Informe de reacciones adversas a los medicamentos.</li><li>• Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.</li><li>• Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.</li></ul></li></ul>
<b>Realizar investigaciones médicas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.</li></ul>
<b>Cumplir con la ley</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.</li></ul>
<b>Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.</li></ul>
<b>Trabajar con un médico forense o director funerario</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.</li></ul>

---

---

**Reclamos de compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
  - En reclamos de compensación de trabajadores.
  - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
  - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
  - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares

---

**Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

## Cumplimiento con otras leyes

**De acuerdo a su información otras disposiciones de la ley pueden ser aplicadas.** Si alguna ley de privacidad ya sea del estado ó sea ley federal que estipula el proveer más protecciones de privacidad de las que están explicadas aquí, entonces hay que obedecer esa ley.

**Confidencialidad de los registros de pacientes de abuso de alcohol y drogas.** La confidencialidad de los registros de pacientes que abusan el alcohol y las drogas que se mantienen en éste programa están protegidos por regulaciones y leyes federales. Generalmente, el programa no le puede decir a una persona fuera del programa que un paciente asiste al programa, o divulgar cualquier información que pueda identificar a un paciente como una persona que abusa del alcohol y de las drogas a menos que:

- (1) El paciente dé consentimiento por escrito;
- (2) La divulgación es permitida por una orden judicial; o
- (3) La divulgación se hace a un personal médico en caso de una emergencia médica o a un personal cualificado para investigación, auditoría o evaluación del programa.

Violación de las regulaciones y leyes Federales de un programa es un crimen. Sospechas de tal violación pueden presentarse a las autoridades apropiadas, de acuerdo a las regulaciones federales. Puede comunicarse con la oficina local de SAMHSA llamando al 614-466-2596 y a la oficina local del US Attorney General llamando al 330-375-5716. También puede comunicarse con SAMHSA al 1-877-726-4727.

Las regulaciones y leyes federales no protegen ninguna información sobre un delito cometido por un paciente que atiende el programa o en contra de cualquier persona que trabaja para el programa o sobre cualquier amenaza de cometer tal delito. En casos donde hay sospecha de negligencia o abuso infantil, las regulaciones y leyes federales no protegen ninguna información de ser divulgada a autoridades estatales o locales apropiadas, de acuerdo a la ley del estado.

(See 42 U.S.C. 290dd-3 and 42 U.S.C. 290ee-3 for Federal laws and 42 CFR part 2 for Federal regulations.)

## Nuestras Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en

cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.  
Para más información, visite:  
[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

**Cambios a los términos de esta notificación**

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

*Fecha Efectiva: 6/1/2017*

---

*Para preguntas, por favor contacte el Summit County Public Health Privacy Officer llamando al 330-923-4891.*