



**Family  
Service  
Association**  
OF GREATER ELGIN

## **HIPAA.**

# **Notificación de Derechos Y Prácticas De Privacidad.**

Este aviso describe como su información médica puede ser usada y compartida con otras personas y también como usted puede tener acceso a esta información. **Por favor, Léala cuidadosamente.**

Si tiene alguna pregunta, por favor contacte al oficial de privacidad a la dirección/número de teléfono mencionados en la parte de arriba. Todas las solicitudes escritas o apelaciones deben ser enviadas al oficial de privacidad.

### **Sus Derechos**

Usted Tiene Derecho A:

- Obtener una copia, electrónica o en papel, de su expediente médico.
- Corregir, en papel o forma electrónica, su expediente médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Pedir una lista de todos aquellos con los que hemos compartido su información.
- Obtener una copia de las prácticas de privacidad.
- Elegir a alguien que lo represente.
- Presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados.

### **Sus Elecciones**

Usted tiene algunas opciones en cuanto a la manera como usamos y compartimos su información cuando nosotros:

- Le decimos a sus familiares y amigos acerca de su condición.
- Proveemos ayuda en situaciones de desastre.
- Proveemos servicios de salud mental.
- Recaudamos fondos.

### **Nuestros Usos Y Revelaciones**

Nosotros puede que usemos y compartamos su información a medida que:

- ☐ Lo tratamos
- Dirigimos nuestra organización.
- ☐ Facturamos por servicios.
- Ayudamos con salud pública y con problemas de seguridad.
- Hacemos investigación.
- ☐ Cumplimos con la ley.
- Trabajamos con médico forense o director de funeral.
- Abordamos la compensación de trabajadores, organismos encargados de asegurar el cumplimiento de la ley y otros requerimientos del gobierno.
- ☐ Respondemos a pleitos y acciones legales.

### **Sus Derechos**

**Con respecto a la información de su salud, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades con usted.

#### **Obtener una copia en papel o electrónica de su historia medica**

- Usted puede pedir ver u obtener una copia en papel, o electrónica, de su historia médica y también de otra información de salud que nosotros tenemos de usted. Pregúntenos como hacer esto.
- Nosotros le daremos una copia, o un resumen de la información médica, usualmente dentro de 30 días de su solicitud. Puede que nosotros cobremos una tarifa razonable, basada en el costo.

### **Pedirnos que corrijamos su historia medica**

- Usted puede pedirnos que corrijamos información médica que usted considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos como hacer esto.
- Puede que digamos “no” a su solicitud, pero le dejaremos saber por escrito el por qué de esta decisión dentro de los 60 días posteriores de que usted haya hecho su solicitud.

### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Usted puede pedirnos que lo contactemos de una forma específica (por ejemplo, hogar, teléfono de oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Diremos “sí” a todas las solicitudes que sean razonables.

### **Pedimos que limitemos lo que usamos o compartimos**

- Usted puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información médica para tratamiento, pagos, u otras operaciones. No se nos es requerido aceptar su solicitud, y puede que digamos “no” si esto afectara su cuidado.
- Si usted paga de su bolsillo por la totalidad de un servicio o un ítem de salud médica usted puede preguntarnos que no compartamos esa información con su empresa aseguradora para el propósito de pagos o nuestras operaciones. Diremos que “sí” a no ser que la ley nos requiera que compartamos esta información. Toda información para beneficiarios de Medicaid requiere ser compartida.

### **Obtener una lista de todos aquellos con los que nosotros hemos compartido su información**

- Usted puede pedir una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información por un periodo de 6 años previos a la fecha de su solicitud, incluyendo con quien la compartimos, y el porqué.
- Incluiremos toda la información compartida excepto todos aquellos hechos acerca de su tratamiento, pagos, y operaciones del cuidado médico, y otras ciertas revelaciones (como cualquiera que usted nos haya preguntado que hagamos). Nosotros le podemos ofrecer un reporte por año sin ningún costo, pero se cobrará una tarifa razonable basada en el costo si usted pide otro dentro de un plazo de 12 meses.

### **Obtener una copia de esta notificación de las prácticas de privacidad**

- Usted puede pedirnos por una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, inclusive si usted acepto a recibir esta notificación electrónicamente. Le daremos su copia en papel inmediatamente.

### **Escoger a alguien que lo represente**

- Si usted 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 médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tiene esta autoridad y que puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

### **Presentar una queja si usted siente que sus derechos han sido violados**

- Usted puede contactarnos usando la información en la pagina 1 y presentar una queja si siente que nosotros hemos violado sus derechos.
- Usted puede presentar una queja con el Departamento De Salud Y La Oficina De Servicios Humanos Para Los Derechos Civiles de Estados Unidos enviándoles una carta al 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipaahowtofiles.pdf>
- Nosotros no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## **Sus Elecciones**

**Para cierta información médica, usted puede decirnos sus preferencias respecto a lo que compartimos.** Si usted tiene una preferencia clara por como nosotros compartimos su información en las situaciones descritas más abajo, déjenos

saber. Díganos que quiere que hagamos y nosotros seguiremos sus instrucciones. Nosotros no vendemos ni comercializamos su información. Nosotros no mantenemos directorios de hospitales y no estamos asociados con ningún hospital.

**En estos casos, usted tiene el derecho y la elección de decirnos que:**

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos, u otros envueltos en su cuidado.
- Compartamos información en situaciones de ayuda por un desastre.

*Si usted no puede decirnos su preferencia, por ejemplo en el caso de estar inconsciente, puede que nosotros prosigamos a compartir su información si creemos que esto sería de su beneficio. Puede que nosotros también compartamos su información cuando sea necesario disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad.*

**En estos casos nosotros nunca compartimos su información a no ser que usted nos haya dado permiso por escrito o que sea una emergencia:**

- Información acerca del uso de sustancias
- Un joven de 12 años y mayor también tiene que dar su consentimiento (además de su padre/tutor) para la liberación de información referente a su salud mental o abuso de sustancias.
- Expedientes de salud mental

**En el caso de recaudación de fondos:**

- Puede que lo contactemos con el propósito de recaudación de fondos, pero usted puede decirnos que no lo contactemos de nuevo para esto.

## **Nuestros Usos Y Revelaciones**

### **Como usamos o compartimos típicamente su información médica?**

Típicamente nosotros usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

#### **Cuando lo tratamos**

Nosotros podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

*Ejemplo: Un doctor que lo esté tratando por alguna lesión le pregunta a otro doctor acerca de su condición general de salud.*

#### **Dirigir Nuestra Organización**

Nosotros podemos usar y compartir su información médica para dirigir nuestra práctica, mejorar su cuidado, y contactarlo cuando sea necesario.

*Ejemplo: Nosotros utilizamos información médica acerca de usted para manejar su tratamiento y servicios.*

#### **Facturamos por sus servicios**

Nosotros podemos usar y compartir su información médica para facturar y obtener pagos de planes de salud y otras entidades.

*Ejemplo: Le damos información suya a su plan de salud para que así puedan pagar por los servicios que usted recibe.*

## **De que otras maneras podemos usar o compartir su información médica?**

Puede que nosotros compartamos su información médica con algunos de nuestros socios, cada uno de los cuales ha entrado en un contrato escrito con nosotros acerca de la privacidad de su información médica.

Nosotros tenemos permitido o nos es requerido en algunas ocasiones compartir su información en otras maneras – usualmente en maneras que contribuyen el bien público, como salud pública e investigación. Nosotros tenemos que cumplir con ciertos requisitos de la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos. Para más información vea: [http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html)

#### **Ayuda con salud pública y problemas de seguridad**

Nosotros podemos compartir su información médica en ciertas situaciones como por ejemplo:

- Prevenir una enfermedad
- Ayudar con la retirada de ciertos productos

- Reportar efectos adversos de medicamentos
- Reportar sospecha de abuso, negligencia o violencia domestica.
- Prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de cualquiera.

### **Hacer Investigación**

Nosotros podemos usar o compartir su información para investigación médica, pero es nuestra política pedir permiso antes de hacerlo.

### **Cumplir con la ley**

Nosotros compartiremos su información si leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos y el Departamento de Cuidado De Salud y Servicios Familiares si quieren ver que nosotros estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

### **Trabajar con un médico forense o director de funeral**

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

### **Abordar la compensación de trabajadores, organismos encargados de asegurar el cumplimiento de la ley y otros requerimientos del gobierno**

Nosotros podemos usar o compartir su información médica:

- Para las reclamaciones de compensación de trabajadores
- Para los propósitos de la aplicación de la ley o con un agente de la ley
- Con las agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley

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

Nosotros podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de corte, o en respuesta a una citación.

### **Otros usos de información medica**

En cualquier otra situación no cubierta por esta notificación, nosotros le pediremos por escrito su autorización antes de usar o divulgar cualquier información médica suya. Si usted decide autorizarnos a usarla o divulgarla, usted puede revocar esa autorización por medio de una notificación escrita enviada a nosotros. Sin embargo, no podemos retirar ninguna divulgación ya hecha con su permiso, y debe mantener registros para su cuidado.

### **Nuestras responsabilidades**

- Estamos obligados por la ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica 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 le daremos una copia del mismo.
- No usaremos o divulgaremos su información de una manera diferente a como ha sido descrita en este documento a no ser que usted nos haya autorizado a hacerlo por escrito. Si usted nos dice que lo podemos hacer, puede retractarse en cualquier momento. Déjenos saber por escrito si desea retractarse.

Para mas información vea: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Cambios a los Términos De Esta Notificación**

Podemos cambiar los términos de esta notificación, y los cambios aplicaran a toda la información que nosotros tenemos acerca de usted. La nueva notificación estará disponible a petición suya, en nuestra oficina, y en nuestra página de internet [www.fsaelgin.org](http://www.fsaelgin.org).