

**Departamento de Salud del Condado de Prince George de Maryland
y su Información de Salud**

NOTA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha en Efecto: esta acta es efectiva Abril 14, 2003

Esta nota describe como su información médica puede ser usada y revelada y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor léala cuidadosamente.

Salvaguardando su Información de Salud Protegida

El Departamento de Salud del Condado de Prince George (PGCHD, por sus siglas en Inglés) está comprometido a proteger su información de salud. Para que podamos proporcionarle tratamiento o para pagar por su cuidado médico, PGCHD le pedirá cierta información de su salud y esa información se pondrá en su expediente médico. El expediente médico contiene generalmente sus síntomas, examinación, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico y tratamiento. Esa información llamada su expediente médico o de salud y legalmente regulada como información de salud, puede ser usada con varios propósitos. PGCHD es requerido a seguir las prácticas de privacidad descritas en esta Nota, aunque PGCHD reserva el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de esta Nota en cualquier momento. Usted puede pedir una copia de la nueva Nota de Prácticas de Privacidad a cualquier programa de PGCHD. Esta Nota también está disponible en nuestro sitio de la red en <http://www.princegeorgescountymd.gov/health>.

Cómo PGCHD Puede Usar y Revelar su Información de Salud Protegida

Los empleados de PGCHD solamente usarán su información de salud como parte de su trabajo. PGCHD debe obtener su autorización por escrito para usar su expediente médico en cualquier otra manera, a menos que la ley lo requiera o lo permita. Los siguientes son algunos ejemplos de nuestros posibles usos y revelaciones de su información de salud.

Usos y Revelaciones con relación a Tratamiento, Pago u Operaciones de Cuidado Médico:

Para tratamiento: PGCHD puede usar o compartir su información de salud para aprobar o negar tratamiento y para determinar si su tratamiento médico es apropiado. Por ejemplo, los proveedores de cuidado médico de PGCHD podrían necesitar hacer una revisión de su plan de tratamiento con su proveedor de cuidado de salud por necesidad médica o para coordinar su cuidado.

Para obtener pago: PGCHD puede usar o compartir su información de salud para facturar y obtener pago por servicios de su cuidado médico y para determinar si usted es elegible para participar en nuestros servicios. Por ejemplo, su proveedor de cuidado médico puede mandar cuentas para pagos por los servicios médicos que usted ha recibido.

Para operaciones de cuidado médico: PGCHD puede usar y compartir su información de salud para evaluar la calidad de nuestros servicios, o para nuestros auditores del estado o federales.

Otros Usos y Revelaciones de Información de Salud Requeridos o Permitidos por Ley:

Requerido por ley: PGCHD puede revelar información de salud cuando sea requerido por la ley.

Con Propósito de información: a menos que usted nos dé instrucciones alternativas, PGCHD puede mandar notificaciones de citas y otros materiales acerca del programa a su hogar.

Actividades públicas de salud: PGCHD puede revelar su información de salud cuando PGCHD es requerido a coleccionar o reportar información sobre enfermedades o heridas, o a reportar estadísticas esenciales a otras divisiones en el Departamento de Salud y a otras autoridades de salud pública.

Actividades de supervisión de salud: PGCHD puede revelar su información de salud a otras divisiones en el Departamento y a otras agencias de actividades de supervisión requerida por la ley. Ejemplos de estas actividades de supervisión son auditorías, inspecciones, investigaciones y licenciaturas.

Médicos forenses, revisadores médicos, directores de funerales y donaciones de órganos: PGCHD puede revelar su información de salud relacionada a muerte a médicos forenses, revisadores médicos o directores de funeral, y a organizaciones autorizadas con relación a donaciones o transplantes de órganos, ojos o tejidos.

Propósitos de investigación: En ciertas circunstancias y bajo la supervisión de nuestra Junta Institucional de Revisión u otra junta de privacidad designada, PGCHD puede revelar información de salud para ayudar con alguna investigación médica.

Prevenir amenazas a la salud o seguridad: Para poder evitar una amenaza grave a la salud o seguridad, PGCHD puede revelar información de salud según sea necesario, a la ley o a otras personas que puedan razonablemente prevenir o disminuir la amenaza de daño.

Abuso y Descuido: PGCHD revelará su información de salud a las autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una posible víctima de abuso, descuido, violencia doméstica o algún otro crimen. PGCHD puede revelar su información de salud según sea necesario para prevenir alguna amenaza grave a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de otros.

Funciones específicas de gobierno: En algunas situaciones PGCHD puede revelar la información de salud del personal militar y de veteranos a facilidades correccionales, a programas de beneficio del gobierno en relación a elegibilidad y matriculación, y por razones de seguridad nacional, tal como protección del Presidente.

Familiares, amigos u otros implicados en su cuidado: PGCHD puede compartir su información de salud con personas que están implicadas en su cuidado o en el pago de su cuidado. PGCHD también puede compartir su información de salud con personas para notificarles acerca de su ubicación, condición general o muerte.

Compensación del trabajador: PGCHD puede revelar información de salud a los programas de la compensación del trabajador que proporcionan beneficios por heridas o enfermedades relacionadas con el trabajo, sin considerar culpas.

Directorios de pacientes: El plan de salud bajo el que usted está inscrito no mantiene un directorio para los visitantes o personas que llaman preguntando por usted. Usted no será identificado a un desconocido que llame o visite sin autorización.

Juicios, disputas y demandas: Si usted está implicado en un juicio, disputa o demanda, PGCHD puede revelar su información de salud en respuesta a una orden de corte o administrativa, citación, pedido de manifiesto, la investigación de una demanda a su favor u otro proceso legal.

Aplicación de la ley: PGCHD puede revelar su información de salud a un oficial de la ley si la ley lo requiere o en respuesta a una citación.

Usted Tiene el Derecho a:

Pedir restricciones. Usted tiene el derecho de pedir que PGCHD restrinja la información de salud que nosotros usamos o revelamos acerca de usted. PGCHD honorará su pedido si es posible, pero no es requerido legalmente que estemos de acuerdo a su pedido de restricción. Si PGCHD concuerda a una restricción, la hará efectiva excepto en situaciones de emergencia.

Pedir comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho de pedir que PGCHD le mande información a una dirección alternativa o en forma alternativa. PGCHD debe concordar con su pedido siempre y cuando sea razonablemente fácil hacerlo.

Inspeccionar y copiar. Usted tiene el derecho de ver su información de salud cuando usted lo pide en forma escrita. Si usted quiere copias de su información de salud se le puede cobrar un honorario por las copias, dependiendo en sus circunstancias. Usted tiene el derecho de escoger que partes de su información quiere que sea copiada y de saber el costo de las copias antes de hacerlas.

Pedir enmienda. Usted puede pedir por escrito que PGCHD corrija o agregue a su expediente de salud. PGCHD puede negar el pedido si determina que la información de salud: (1) es correcta y esta completa; (2) no fue creada por nosotros y/o no es parte de nuestros expedientes; (3) no está permitido ser revelada. Si PGCHD aprueba el pedido por enmienda, cambiará la información de salud y le informará a usted, y le dirá a otros que necesitan saber acerca de los cambio en la información de salud.

Contabilidad de revelaciones. Usted tiene el derecho de pedir una lista de las revelaciones de su información de salud hechas después del 14 de abril de 2003. Las excepciones son información de salud que se ha utilizado en el tratamiento, pagos y operaciones. PGCHD no tiene que hacer una lista de las revelaciones que se le hicieron a usted, basadas en su autorización escrita, proporcionadas para la seguridad nacional, a oficiales de la ley o a instituciones correccionales. No habrá cobro solamente por una de estas listas cada año..

Nota: Usted tiene el derecho de recibir una copia de esta Nota en papel y/o una copia por correo electrónico.

Para Más Información

Este documento está disponible en otros idiomas y formatos alternos que están de acuerdo con los reglamentos del acta para los Americanos con Incapacidades. Si tiene preguntas y le gustaría más información, puede ponerse en contacto con: Oficial de Cumplimiento del Departamento de Salud del Condado de Prince George, llamando al 301-883-7818.

Para Reportar algún Problema acerca de nuestras Prácticas de Privacidad

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede poner una queja.

- Usted puede poner una queja con el Departamento de Salud e Higiene Mental , División de Cumplimiento corporativo llamando al 1-866-770-7175.
- Usted puede poner una queja con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles. Usted puede llamar al Departamento de Salud e Higiene Mental por la información de contacto. PGCHD no tomará represalias contra usted si usted pone una queja.

Providers:

Ensure that an attempt is made to obtain an acknowledgement signature.

See Form HIPAA- (8/11)

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF FORM HIPAA-1 / HIPAA-1S
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF
FORM HIPAA-1/HIPAA-1S
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Name _____

HD Number _____

Service Unit _____

Providers: Ensure that an attempt is made to obtain an acknowledgement signature.

I acknowledge receipt of Form HIPAA-1 Notice of Privacy Practices

Patient or Authorized Representative

Date

Reason signed acknowledgement not obtained by provider:

Signature of PGCHD Staff / Title

Confirmo que he recibido esta Nota de Prácticas de Privacidad:

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Fecha

Reason signed acknowledgement not obtained by provider:

Signature of PGCHD Staff / Title