

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN DE SALUD ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ELLA. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act* o HIPAA) requiere que el Departamento de Salud Pública de Georgia (DPH) mantenga la privacidad de su información de salud, le informe de las obligaciones legales y prácticas de privacidad que el departamento tiene con respecto a su información de salud a través de este Aviso de prácticas de privacidad, le notifique si hay una violación a la privacidad de su información médica protegida, acepte restringir la divulgación de su información médica a su plan de salud si usted paga por su cuenta los servicios de atención médica en su totalidad y cumpla con los términos de este aviso que actualmente están en vigor. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. El aviso será publicado en el sitio web del DPH en [www.dph.georgia.gov](http://www.dph.georgia.gov). Hay copias del aviso disponibles si las solicita.

El departamento de salud pública y las juntas de salud del condado se registrarán por este aviso.

### **CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD**

**Tratamiento:** Podemos usar o divulgar su información de salud para proporcionarle tratamiento o servicios. Las juntas de salud del condado pueden divulgar su información de salud a médicos, profesionales de enfermería u otro personal de atención médica involucrado en su atención. Por ejemplo, las juntas de salud del condado pueden compartir su información con programas que participan en su atención de seguimiento, como el programa "Babies Can't Wait" (Los bebés no pueden esperar). Además, el laboratorio de salud pública del DPH enviará los resultados de las pruebas de laboratorio a la persona que ordenó las pruebas y esos resultados pueden ser utilizados para su tratamiento o atención de seguimiento.

**Pagos:** Podemos usar o divulgar su información de salud para facturar y cobrar el pago por los servicios que usted recibe. Por ejemplo, es posible que su compañía de seguro médico necesite proporcionar a su plan de

salud información sobre el tratamiento que recibió para que esta pueda hacer el pago o reembolso de los servicios recibidos.

**Operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar información sobre usted para operaciones de atención médica. Por ejemplo, es posible que revisemos el tratamiento y los servicios para evaluar el desempeño de nuestro personal en cuanto a la atención que se le proporcionó y para determinar qué servicios adicionales deben proporcionarse.

**Recordatorios de citas, llamadas de seguimiento:** Podemos usar o revelar su información de salud para recordarle que tiene una cita próxima o para ver cómo se encuentra después de recibir un tratamiento.

**Personas involucradas en su cuidado:** Si usted no se opone, podemos divulgar su información de salud a un familiar o amigo cercano que esté involucrado en su cuidado o que ayude a cuidar de usted. También podemos revelar información a alguien que ayude a pagar por sus cuidados. Podemos divulgar su información de salud a una organización que ayude con el manejo de desastres para ayudar a notificar a su familiar o amigo cercano de su condición, estado y ubicación.

**Asociados comerciales:** Podemos divulgar su información a contratistas (socios comerciales) que nos proporcionan ciertos servicios. Requerimos a estos socios comerciales que protejan su información de manera apropiada.

**Actividades de salud pública:** Podemos divulgar su información de salud para actividades de salud pública que incluyan: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad; reportar abuso o descuido de menores; reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos o notificar a una persona sobre la retirada de productos del mercado; y notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.

**Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica:** Podemos divulgar su información de salud para notificar a la autoridad gubernamental pertinente si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo revelaremos esto si usted está de acuerdo, o cuando sea requerido o autorizado por la ley o reglamentos.

**Actividades de supervisión de salud:** Podemos divulgar su información de salud a una agencia de supervisión de salud autorizada para realizar auditorías, investigaciones, inspecciones, licenciamiento y otras actividades necesarias para monitorear el sistema de atención médica, programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Intercambio de información médica:** Podemos divulgar su información médica a la Red de Información de Salud de Georgia, Inc. (GaHIN), la red estatal de intercambio de información de salud a través de la cual compartimos, y accedemos de forma segura a, la información médica de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales aplicables. Este intercambio de información nos permite proporcionarle acceso a un mejor tratamiento y coordinación de los servicios de salud. GaHIN ha establecido políticas operativas de la red y requisitos técnicos que los miembros y afiliados de GaHIN deben cumplir para asegurar la confidencialidad e integridad de los datos.

**Procedimientos judiciales y administrativos:** Podemos revelar su información de salud si así lo ordena un tribunal o tribunal administrativo durante el proceso de una demanda u otra disputa. También podemos revelar su información de salud en respuesta a una citación, petición para divulgar pruebas u otro proceso legal, pero solo si se han hecho esfuerzos razonables para notificarle a usted de la solicitud o para proteger la información de salud solicitada.

**Aplicación de la ley:** Podemos divulgar información de salud a las fuerzas del orden público para cumplir con una orden judicial, citación judicial o proceso similar, con el fin de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida en relación con la víctima de un crimen en ciertas circunstancias. Por ejemplo, si creemos que una muerte sucedió como resultado de una conducta criminal, para reportar un crimen ocurrido en nuestras instalaciones en emergencias, para reportar un crimen, el lugar o las víctimas del crimen o la identidad, la descripción y localización de la persona que cometió el crimen.

**Investigaciones:** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar o divulgar su información de salud para llevar a cabo investigación científica. En la mayoría de los casos, pediremos su autorización por escrito antes de hacerlo. A veces, podemos usar o divulgar su información de salud para llevar a cabo investigación científica sin su autorización por escrito. En

esos casos, el uso o divulgación de su información de salud sin su consentimiento será aprobado por un comité de ética institucional o una junta de privacidad.

**Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias:** Podemos revelar información médica a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica a directores de funerarias según sea necesario, para que lleven a cabo sus tareas.

**Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad:** Podemos usar o divulgar su información de salud si es necesario para prevenir o reducir el impacto de una amenaza seria e inminente a su seguridad, a otra persona o al público en general. Solo divulgaremos su información a una persona que pueda prevenir o reducir el impacto de tal amenaza.

**Actividades de seguridad nacional e inteligencia y servicios de protección para el Presidente:** Podemos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados que estén llevando a cabo actividades de inteligencia y otras actividades de seguridad nacional. También podemos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados para la provisión de servicios de protección al Presidente y a otras personas autorizadas, jefes de estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones especiales.

**Militares y veteranos:** Podemos divulgar la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas a las autoridades militares de mando apropiadas para la ejecución de su misión militar. También podemos revelar información de salud sobre personal militar extranjero a autoridades militares extranjeras.

**Reclusos:** Si usted es un recluso, podemos divulgar su información de salud al funcionario de las fuerzas del orden o a la institución correccional que tiene su custodia, para proveerle atención médica y para proteger su salud o seguridad o la de otros reclusos o personas involucradas en supervisar o transportar reclusos.

**Indemnización por accidentes de trabajo:** Podemos divulgar su información de salud para propósitos de indemnización por accidentes de trabajo o programas similares que proveen beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo.

**Según sea requerido por la ley:** Divulgaremos su información de salud cuando sea una obligación legal.

Excepto en algunas circunstancias limitadas, debemos obtener su autorización para: 1) cualquier uso o divulgación de notas de psicoterapia, 2) cualquier uso o divulgación de su información de salud para propósitos de mercadeo y 3) la venta de su información de salud. Si su información de salud incluye información relacionada con la salud mental, el tratamiento para el abuso de sustancias o el VIH o SIDA, la ley nos exige obtener su consentimiento por escrito antes de revelar dicha información. Cualquier otro uso o divulgación no mencionados en este aviso se hará solo con su autorización por escrito, y usted puede revocar esa autorización en cualquier momento. La revocación debe ser por escrito, pero esto no se aplicará a las divulgaciones hechas sobre la base de una autorización previa.

## SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

**Derecho a revisar y copiar:** Usted tiene el derecho a revisar y copiar sus registros. Debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de privacidad, utilizando la siguiente dirección: Privacy Officer, Office of the General Counsel, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street, N.W., 15th Floor, Atlanta, Georgia, 30303, e incluir su nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social y el lugar donde se recibieron los servicios si fue en un departamento de salud local del condado. Podemos denegar su solicitud y, en algunas circunstancias, usted puede solicitar una revisión de la denegación.

**Derecho a solicitar una enmienda a su información médica protegida (PHI):** Usted puede solicitar que enmendemos la información que tenemos sobre usted, por el tiempo que guardemos esa información. Debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de privacidad, utilizando la siguiente dirección: Privacy Officer, Office of the General Counsel, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street, N.W., 15th Floor, Atlanta, Georgia, 30303, e incluir su nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social, una razón que respalde su solicitud y el lugar donde se recibieron los servicios si fue en un

departamento de salud local del condado. Su solicitud puede ser denegada si: 1) la información no fue creada por nosotros, a menos que el creador de la información no esté disponible para realizar la enmienda solicitada, 2) nosotros no almacenamos la información en cuestión, 3) la información no está disponible para su revisión o 4) la información es correcta y completa.

**Derecho a un recuento de las divulgaciones:** Usted tiene el derecho de recibir un recuento de las revelaciones de su información de salud realizadas por nosotros en los seis años anteriores a la fecha en que se solicita tal recuento. El recuento no incluirá ninguna divulgación: 1) hecha a usted o a su representante personal, 2) hecha conforme a su autorización escrita, 3) hecha para propósitos de tratamiento, pago u operaciones comerciales, 4) hecha a sus amigos y familiares implicados en su cuidado o que pagan por su cuidado, 5) que fue incidental a los usos o divulgaciones permisibles de su información de salud, 6) divulgaciones de porciones limitadas de su información de salud que excluyen los identificadores, 7) divulgaciones hechas a funcionarios federales para actividades de seguridad nacional e inteligencia y 8) divulgación a instituciones correccionales u oficiales de la ley acerca de reclusos. Para solicitar un conteo de las divulgaciones, envíe su solicitud por escrito al Oficial de privacidad a la siguiente dirección: Privacy Officer, Office of the General Counsel, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street, N.W., 15th Floor, Atlanta, Georgia, 30303. Por favor incluya su nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social, el periodo para el cual se solicita el recuento y el lugar donde se recibieron los servicios si fue en un departamento de salud local del condado.

**Derecho a solicitar restricciones:** Usted puede solicitar que pongamos restricciones en cuanto a la manera en que usamos y divulgamos su información de salud para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que limitemos la forma en que divulgamos su información de salud a un familiar o amigo cercano involucrado en su cuidado o que paga por su cuidado. No estamos obligados a aceptar su solicitud, pero si lo hacemos, cumpliremos con su solicitud a menos que necesite tratamiento de emergencia y la información sea necesaria para proporcionar tal tratamiento de emergencia. Podemos rescindir nuestro acuerdo de restricción una vez que le notifiquemos de la terminación de este. Para solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información de salud, por favor envíe su solicitud por escrito al Oficial de privacidad a la

dirección: Privacy Officer, Office of the General Counsel, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street N.W., 15th Floor, Atlanta, Georgia 30303. Por favor incluya su nombre, número de seguro social y fecha de nacimiento, qué información desea limitar, a quién desea que se aplique la restricción y el lugar donde se recibieron los servicios si fue en un departamento de salud local del condado.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Puede hacer una solicitud razonable para recibir comunicaciones sobre su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos. Por ejemplo, puede pedir ser contactado solamente por correo y no por teléfono. Para solicitar comunicaciones confidenciales, envíe su solicitud por escrito al Oficial de privacidad a la siguiente dirección: Privacy Officer, Office of the General Counsel, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street, N.W., 15th Floor, Atlanta, Georgia, 30303. Por favor incluya su nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento, cómo le gustaría ser contactado y el departamento de salud local del condado donde recibió los servicios.

**Derecho a recibir una copia impresa de este aviso:** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso, que puede solicitar en cualquier momento. Puede obtener una copia en papel escribiendo al Oficial de privacidad a la siguiente dirección: Privacy Officer, Office of the General Counsel, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street, N.W., 15th Floor, Atlanta, Georgia, 30303.

## QUEJAS

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una queja por escrito al Oficial de privacidad a la siguiente dirección: Privacy Officer, Office of the General Counsel, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street N.W., 15th Floor, Atlanta, Georgia 30303. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. No habrá represalias por presentar una queja.

## PARA MÁS INFORMACIÓN

Para más información, puede comunicarse con el Oficial de privacidad del DPH, Oficina del Asesor Legal al (404) 657-2700.

ESTA NOTIFICACIÓN ES EFECTIVA A PARTIR DEL 27 DE MARZO DE 2017.

