

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE TENEMOS SOBRE USTED LA PODRÍAMOS USAR Y REVELAR Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN

Por favor revise esta información detalladamente.

Fecha de vigencia: 22 de Septiembre, 2013

Deberes del Departamento de las Personas Mayores

Este aviso se aplica a la información que tenemos sobre su estado de salud y la atención médica que usted recibe a través del Departamento, la cual se encuentra en su registro personal. En este aviso se describen las prácticas de privacidad de información seguidas por nuestros empleados, voluntarios, y otro personal. En la presente se le informa de que manera podemos usar y revelar su información médica, y también se le describen sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso divulgación de dicha información. La ley nos requiere que le notifiquemos acerca de nuestros deberes legales y de nuestras prácticas de privacidad con respecto a su información de salud. También se nos requiere mantener la privacidad de la información de salud protegida que se encuentre bajo nuestra custodia, y a seguir las condiciones de este aviso. Si hay una violación de su

información de salud protegida, nosotros le notificaremos a más tardar en 60 días después de la violación. El Departamento está requerido a seguir las condiciones y términos del aviso de prácticas de privacidad que esté vigente.

Usos y Revelaciones de su Información de Salud Protegida.

Nosotros podemos usar o revelar su información de salud protegida para los siguientes propósitos:

***Tratamiento** – para proveerle el tratamiento o los servicios médicos y para manejar y coordinar su atención médica. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser divulgada a un socio del Departamento para determinar su elegibilidad para los servicios de cuidado prolongado a través del programa de Medicaid.

***Pagos** – para facturar y cobrar los pagos de sus servicios médicos. Nosotros podemos revelar o usar su información de salud protegida para obtener o justificar los pagos de servicios de atención médica a varias entidades y programas como el gobierno federal y/o estatal, y Medicaid.

***Operaciones/Diligencias de Salud** – para evaluar el desempeño de nuestro personal al atenderlo, y para ayudarnos con decisiones sobre los servicios adicionales que podríamos ofrecerle, cómo podemos ser más eficientes, o si ciertos tratamientos médicos nuevos son más efectivos. También podemos usar su información de salud protegida: para contactarlo y recordarle sus citas o tratamientos médicos, para informarle de alternativas en sus opciones de

tratamiento, o para informarle sobre los beneficios relacionados a su salud que podrían interesarle.

Nosotros no podemos usar o revelar su información en los siguientes casos sin su autorización:

***Notas de Psicoterapia** – cualquier uso o revelación de notas de psicoterapia, a menos de que sean usadas para tratamiento, pagos, u operaciones/diligencias de salud, incluyendo los programas de enseñanza de salud mental, el cumplimiento de actividades de supervisión, para propósitos de investigación académica, o como parte de defensa en un caso legal.

***Comercialización** – cualquier uso o revelación con fin de comercialización, a excepción de comunicación cara-a-cara o regalos promocionales al individuo.

***Venta de Información** – cualquier venta de información de salud protegida a un tercero. Nosotros no podemos intercambiar su información de salud protegida a un tercero por compensación, a menos de que usted lo autorice.

Existen situaciones especiales las cuales nos permiten usar o revelar su información de salud protegida sin su autorización. Estas situaciones incluyen:

***Para Evitar Riesgos Serios de Salud o Seguridad** – para prevenir un riesgo serio a la salud o su seguridad, del público, o de otra persona. Podemos revelar su información a un familiar suyo o a un amigo cercano si es necesario para asistirlo en una emergencia o en una situación que ponga su vida en peligro.

***Requerida por ley** – debemos revelar su información a la instancia necesaria cuando las leyes federales, estatales o locales así lo requieran.

***Investigación Académica** – para proyectos de investigación académica que beneficien a la comunidad de personas mayores de la Florida. El Departamento puede revelar su información para proyectos de investigación que hayan sido aprobados por una Junta de Evaluación Institucional (IRB por sus siglas en inglés), o una Junta de Privacidad que haya analizado la propuesta de investigación para evaluar los efectos a sus derechos de privacidad u otros intereses relacionados.

***Donación de Órganos o Tejidos de Piel** – podemos revelar su información a organizaciones que manejan trasplantes, como un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación o el trasplante de órganos o tejidos.

***Miembros Actuales o Antiguos de las Fuerzas Militares, Veteranos, o Miembros de los Servicios de Inteligencia y Seguridad Nacional** – cuando lo requiera una instrucción militar u otra autoridad gubernamental. De la misma manera, también podemos revelar información sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera apropiada.

***Compensación Laboral** – según se nos autorice, y a la medida necesaria, para cumplir con las leyes de compensación laboral o de programas similares. Estos programas proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

***Riesgos de Salud Pública** – podemos revelar su información a las autoridades de salud pública u otras, que estén a cargo de

prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. También podemos revelar su información para reportar partos, muertes, sospechas de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos, o problemas con productos regulados por la Agencia de Administración de Comidas y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés).

***Actividades de Supervisión de Salud** – para auditorías, investigaciones, inspecciones, propósitos de licencias, u otras actividades necesarias para supervisión apropiada, según lo autorizado por la ley.

***Demandas y Disputas** – en respuesta a una orden judicial o administrativa. Sujeto a todos los requisitos legales, también podemos revelar su información de salud protegida en respuesta a una citación judicial (*subpoena* en inglés). También podemos revelar su información para defendernos en el evento de una demanda o procedimiento administrativo.

***Aplicación de la Ley** – para propósitos de aplicación de la ley, si se nos requiere por un agente del orden público en respuesta a una orden de corte, citación judicial (*subpoena* en inglés), orden de arresto o detención (*warrant* en inglés), convocación legal (*summons* en inglés), o cualquier proceso similar, sujeto a requisitos legales aplicables.

***Médicos Forenses, Examinadores Médicos, y Directores de Funerarias** – para identificar una persona difunta o para determinar la causa de muerte. Podemos revelar su información para reportar eventos vitales como fallecimientos, según la ley lo permita o lo requiera.

***Voluntarios** – podemos revelar su información a voluntarios que estén trabajando para el Departamento, incluyendo, pero no limitado a, voluntarios en programas como SHINE (Sunshine for Seniors and State Long-Term Care Ombudsman en inglés).

***Información Que No Sea Identificable** – podemos revelar su información de salud que no lo identifique personalmente o que revele su identidad.

***Actividades de Recaudación de Fondos** – para contactarlo con el fin de recaudar fondos como donaciones. Usted puede optar para no recibir comunicaciones relacionadas con recaudación de fondos contactando al Oficial de Privacidad en la Oficina de Asuntos Legales del Departamento.

Otros Usos y Revelaciones de su Información

Nosotros no usaremos o revelaremos su información de salud protegida para cualquier propósito que no se encuentre en este aviso sin su autorización específica y escrita. Si usted nos provee una autorización, tiene el derecho de revocarla por escrito a cualquier momento. Si usted revoca su autorización, nosotros no usaremos o revelaremos su información con el propósito cubierto por dicha autorización. Sin embargo, nosotros no podemos retractar o recuperar usos o revelaciones ya hechas con su autorización.

Si tenemos información suya sobre VIH o abuso de sustancias, nosotros no podemos revelar esa información sin obtener un permiso escrito especial de usted. Este

permiso escrito es diferente al que se mencionó anteriormente.

Para poder revelar información y registros de VIH o de abuso de sustancias para propósitos de pagos, tratamiento, u operaciones de salud, necesitaremos su firma y un permiso escrito especial de autorización que cumpla con la ley.

Sus Derechos

Usted tiene el derecho de revisar o solicitar una copia de su información de salud protegida. Para ello, debe enviar una solicitud escrita; su solicitud puede ser negada en circunstancias limitadas. Sin embargo, si su solicitud es negada, usted tiene el derecho de apelar. Nosotros cumpliremos con el resultado de la apelación. Conforme al capítulo 45 del Código de Regulación Federal (CFR por sus siglas en inglés), sección 164.524, un pago razonable por copias de registro puede ser recaudado de acuerdo con las leyes estatales.

Usted tiene el derecho de solicitar una corrección o cambio de su información de salud protegida, si usted cree que ésta no está completa o tiene errores, conforme a la sección 164.526 del capítulo 45 del Código de Regulación Federal. Su solicitud debe ser por escrito y debe incluir una razón para sostener la petición. Nosotros podemos negar la solicitud si usted nos pide cambiar información que:

- a) Nosotros no creamos, a menos de que la persona o entidad que la creó ya no esté disponible o no existe;

- b) No sea parte de la información que nosotros mantenemos; y/o
- c) Usted no esté autorizado a revisar o copiar la información.

Usted tiene el derecho de solicitar un informe de revelaciones de su información, conforme a la sección 164.528 del capítulo 45 del Código de Regulación Federal. Esta es una lista de revelaciones de su información de salud que hemos hecho para propósitos distintos al tratamiento, pago, u operaciones/diligencias de salud. Usted puede solicitar un informe de revelaciones por un periodo de hasta 6 años antes de la fecha de su solicitud. La solicitud debe ser por escrito. Usted tiene el derecho de obtener una copia gratis cada 12 meses. Por cada solicitud adicional, nosotros podemos cobrarle los costos asociados con la suministrar del informe, sea electrónicamente o en papel o por correo. No obstante, usted puede retirar o modificar su solicitud antes de que se le haga el cobro.

Usted tiene el derecho de solicitar comunicaciones sobre su información de salud protegida por medios alternos o en lugares alternos, conforme a la sección 164.522(b) del capítulo 45 del Código de Regulación Federal. Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de cierta manera o en ciertos lugares.

Usted tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación de la información de salud protegida que nosotros usamos o revelamos por propósitos de tratamiento, pagos, y operaciones/diligencias de salud, conforme a la sección 164.522(a) del

capítulo 45 del Código de Regulación

Federal. Si nosotros aceptamos su solicitud de restricción, cumpliremos con su solicitud, a menos de que la información sea necesaria para proveerle tratamiento de emergencia.

Usted tiene el derecho a tener una copia en papel de este aviso. Si usted ha optado para recibir este aviso electrónicamente, usted tiene el derecho de recibir una copia en papel si la solicita al Oficial de Privacidad en la Oficina de Asuntos Legales del Departamento.

Cambios a Este Aviso

Nosotros nos reservamos el derecho a hacer cambios en este aviso, e implementar los cambios y actualizaciones de información médica suya que ya tengamos, y que pudiéramos recibir en el futuro. Si este aviso se actualiza o se cambia, nosotros publicaremos un resumen en el Departamento con la fecha de vigencia. Además, una copia electrónica de este aviso está disponible en nuestro sitio web (www.elderaffairs.state.fl.us). Usted tiene el derecho de tener una copia del aviso vigente.

Quejas

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja en nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS por sus siglas en inglés). No se tomaran represalias en su contra por quejarse. Para presentar una queja en nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, por favor contacte a:

Privacy Officer, Office of the General Counsel
Department of Elder Affairs
4040 Esplanade Way
Tallahassee, FL 32399-7000
Voice Phone: (850) 414-2000
FAX: (850) 414-2004
TDD: (850) 414-2001

Region IV, Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 3870
61 Forsyth Street S.W. Atlanta, Georgia 30303-8909
Voice Phone: (800) 368-1019
FAX: (404) 562-7881
TDD: (800) 537-7697

Para Más Información

Las solicitudes para mayor información sobre los temas cubiertos en este aviso se pueden dirigir a la persona que le entregó el aviso, o al Departamento de las Personas Mayores, Oficial de Privacidad, Oficina de Asuntos Legales, 4040 Esplanade Way, Tallahassee, FL, 32399-7000, o por teléfono al (850) 414-2000.