

**MADISON COUNTY  
HEALTH DEPARTMENT**

**AVISO DE PRATICAS DE PRIVACIDAD**

Fecha Efectivo: 04/14/2003

ESTE DOCUMENTO DESCRIBE COMO INFORMACIÓN MEDICO DE USTED PUEDE SER USADO Y DIVULGADO Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA MUY CUIDOSAMENTE.

**¿QUÉ ES ESTE AVISO?**

Este Aviso de Practicas de Privacidad es requerido por el Acto Facilidad de Adaptación del Seguro de Salud (HIPAA) de 1996. Este Aviso le informa a Usted:

- Como el Departamento de Salud del Condado de Madison (MCHD) y sus socios contraídos de negocio pueden entre cambiar su Protegido Información de Salud para realizar su tratamiento, pago o operaciones de cuidado medico y para los propósitos permitidos o requerido por la ley.
- Que son SUS derechos son con respecto al acceso y control de su información de Salud.
- Como el Departamento de Salud del Condado de Madison protege su información de Salud.

**NUESTRA PROMESA DE PRIVACIDAD A USTED**

Su información de salud es personal. El Departamento de Salud del Condado de Madison es legalmente requerido proteger la privacidad de sus datos personales. Hace tal en todos aspectos del negocio. El Departamento de Salud del Condado de Madison tiene reglas sobre la protección y privacidad de sus datos personales. *Estas reglas cumplen con las leyes Federales y del Estado.* Este departamento de salud entre cambia su información de su salud solamente donde es requerido por la ley o donde es necesario para negocio.

**¿DÓNDE ENVIO PREGUNTAS O PETICIONES?**

Para cometer preguntas sobre sus derechos de privacidad o para someter una petición escrita al Departamento de Salud del Condado de Madison en respecto sus derechos de privacidad, escribe al Departamento de Salud a:

Madison County Health Department  
PO Box 1208  
Richmond, KY 40476-1208

O, puede hablar al Oficial de Privacidad del Departamento de Salud marcando (859) 624-4241

**RESPONSABILIDADES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE MADISON**

Este departamento de salud es requerido a:

- De mantener la privacidad de su información de salud.
- Facilitar a Usted con aviso s sus debidos legales y practicas de privacidad con respecto a su información que recogemos y mantenemos de Usted.
- De tolerar por los términos del aviso que esta corriente efectiva.
- De avisar a Usted si estamos incapaces de aceptar a una petición/ enmienda a su petición.
- Acomodar las peticiones razonables que usted tendrá que comunicar la información de salud por medios alternativos o a locales alternativos.

**El Departamento de Salud del Condado de Madison reserva el derecho de cambiar nuestras practicas y hacer nuevos efectivos provisiones para todo la Información de salud protegido (PHI) que mantenemos a ese tiempo.** Si nuestra practicas de información cambian, enviaremos un aviso revisado a su dirección que nos as suministrado. Si Usted indica que no quiere ser comunicado en su casa, pues entonces esta información será poste en este departamento de salud y una copia será solicitada en su siguiente visita. También mantenemos un sitio web que ofrece información sobre nuestros servicios de cliente o posterguemos nuevos avisos en nuestro sitio web.

No divulgaremos su información de salud sin su autorización, excepto como describir ido en este aviso.

**COMPRESIÓN DE SUS EXPENDIENTES/ INFORMACIÓN DE SALUD**

Cada vez que usted visite el departamento de salud, hospital, Doctor, u otro abastecedor medico, un expediente de su visita esta hecho. Este expediente contiene información sobre Usted, incluido información demográfica que puede identificar a Usted y es relacionado a su pasado, presente o futuro físico o salud mental o condición y identifica a Usted, o ay razonable base de crear la información puede identificar a Usted. Por ejemplo, esta información, muchas veces referido a su salud o expediente medico, sirve como un:

- Base para planear su cuidado medico
- Medios de comunicación entre los muchos profesionales de salud quienes son implicados en su cuidado medico.
- Medios por cual Usted o un tercer partido portador puede revisar los servicios que a sido usted cobrado hay sido facilitado.

Su expediente de salud contiene Protegido Información de Salud o (PHI). Leyes Federales y del Estado proteja esta información. Compresión que esperamos entre cambiar su información de salud ayuda a Usted:

- Asegurase que es correcto,
- Comprender mejor quien, que cuando, donde, y porque otros pueden acceder su información de salud, y,
- Pueden hacer más informado decisiones cuando autorizando compartir con otros

**SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Aunque su expediente de salud es propiedad física del Departamento de Salud del Condado de Madison que lo recopiló, la información pertenece a Usted. Bajo de Reglas de Privacidad federales, 45 CFR parte 164, Usted tiene el derecho de:

- Pedir restricciones sobre ciertos entre cambios de su información (aunque no estamos requeridos de aceptar tales requisitos). Esto significa que puedes pedirnos no de entre cambiar cualquier parte de su Protegido Información de Salud (PHI) para propósitos de su tratamiento, pago o operación de cuidado medico. Usted también puede pedir que esta información no sea divulgada a miembros familiares o amistades quienes son implicados en su cuidado medico.
- Peticiones que enviamos a usted comunicaciones confidenciales por medios alternativos o a locales alternativos.
- De obtener una copia de papel del aviso de información de practicas sobre petición.
- De inspeccionar y obtener una copia de su expediente de salud.
- De peticionar que sus expedientes de salud que contiene su Protegido Información de Salud (PHI) sean cambiados.
- Obtener una inscripción de cierto información de salud que es autorizado de compartir para propósitos otro de tratamiento, pago o operaciones de cuidado medico después del 14 de abril 2003.
- Toma detrás su autorización de compartir su información de salud excepto del grado de acción que ya sido implementado.

**EJEMPLOS DE DIVULGACIONES PARA SERVICIOS, PAGO, Y OPERACIONES DE SALUD**

*Útil aserremos su información de su salud para servicios.*

**Por ejemplo:** Información obtenido por una enfermera, Doctor, o otro miembro de su equipo de cuidado medico va ser anotado en sus expedientes y usado para determinar un curso de servicios que le ayudaran mejor.

También vamos a suministrar a su Doctor o siguiente abastecedor de cuidado medico con copias de varios reportes que puede mas bien asistir en su tratamiento.

**Vamos utilizar su información de salud para pago.**

**Por ejemplo:** Una cuenta puede ser enviado a un tercer parte pagador, como una compañía de seguro. La información que acompaña su cuenta puede incluir información que le puede identificar, así como su diagnosis, procedimientos y aprovisionamientos que han sido utilizados.

**Vamos utilizar su información de salud para operativos de salud regulares.**

Podemos utiliza/ divulgar su (PHI) protegido información de salud en el curso de operativos del Departamento de Salud del Condado de Madison y en cumpliendo de nuestros responsables. Podemos utilizar su información para determinar su elegibilidad.

**Por ejemplo:** Personal puede ver su expediente cuando repasando la calidad de servicios suministrado. Miembros del equipo de riesgo o mejo ración de calidad pueden utilizar su información en su expediente para evaluar la calidad y efectivo de su servicio y cuidado medico que suministramos. Podemos utilizar y divulgar su información medica para contactar a Usted como un recordatorio que tiene una cita.

Podemos utilizar y divulgar su protegido información de salud para decirle a Usted de tratamientos recomendadas o otros beneficios con relación a salud y servicios que pueden ser de interés a Usted.

**Socios.**

Hay algunos servicios suministrado por nuestro departamento de salud por contratos con socios de negocios. Ejemplos incluyen entrenamiento y otros servicios educacionales de universidades mayores, interventores, de nuestras cuentas financieros, y las agencias quien actúa como un tercer partido pagador a favor de sus empleados recibiendo servicios. Información debe de ser disponible en una base de necesitar de saber para estas actividades asociados en conformidad con las reglas de las agencias. Cuando un arreglo entre nuestra oficina y un socio de negocio concernir el uso o compartir su protegido información de salud.

**UTILIZANDO Y COMPARTIENDO DE INFORMACIÓN ESPECIFICADO POR USTED:**

Utilizar y divulgar de su protegido información de salud con excepción de tratamiento, pago y operaciones, va ser hecho únicamente con su autorización, aunque de lo contrario permitido o requerido por la ley descrito abajo.

***Otros implicados en su cuidado medico:***

A menos que Usted hace objeciones, podemos divulgar a un miembro de su familia, relativo, a una amistad o cualquier otra persona quien le puede identificar, su protegido información de salud que directamente relacione implica mentó a esa persona a su cuidado medico. Su Usted esta incapaz para de estar de acuerdo o tenga objeciones a tal divulgación, podemos divulgar de tal información necesaria si determinamos que es en su mejor interés basado en su juicio profesional. Podemos utilizar o divulgar su protegido información de salud para notificar o asistir en notificando un miembro de su familia, representate personal o cualquier otra persona que es responsable de su cuidado de su local, condición general o muerte.

***Recordatorios automatizados:***

A menos que Usted tenga objeciones, podemos ponernos en contacto con Usted para recordarle que tiene una cita.

**UTILIZANDO Y DIVULGANDO QUE PODEMOS HACER A MENOS QUE USTED TENGA OBJECIONES**

***Emergencias:***

Podemos utilizar o compartir de su protegido información de salud en una situación de tratamiento en una emergencia. Si esto pasa, trataremos de obtener su consentimiento tan pronto como es razonable factible. Finalmente, podemos utilizar o compartir de su protegido información de salud a un publico autorizado o entidad privado para asistir en una esfuerzo de relevación de desastre y para coordinar utilizar y divulgar a su familia o otros individuales implicados en su cuidado medico.

**OTROS PERMITIDOS Y NECESARIO UTILIZACIONES Y COMPARTIZACION QUE PUEDEN SER HECHO SIN U COSENTMMIENTO. AUTORIZACIÓN O OPORTUNIDAD DE OBJECTAR.**

Podemos utilizar y compartir de su Protegido Información de Salud. Va a ser limitado a requisitos de la ley incluyendo pero no limitado en las siguientes instancias:

***Salud publico:***

Requerido por la ley, podemos divulgar de su Protegido Información de salud o autoridades de salud publico del estado y federal, o autoridades legales encargado con evitando o controlando enfermedades, lesiones, o incapacidades. Podemos compartir su Protegido Información de Salud, si autorizado por la ley, a una persona quien puede haber sido expuesto a una enfermedad comunicable o a riesgo de conseguir o distribuir la enfermedad o condición. Información va ser liberado para apartar una grave amenaza a salud o seguridad. Cualquier divulgación, sin embargo, puede no mas ser a alguien autorizado recibir esa información de conformidad a ley.

***Administración de Drogas y Alimentos (FDA):***

Podemos divulgar al FDA su información de salud relativa a eventos adversos con respecto a alimentos, productos suplementarios y productos defectivos, o información mercadotecnia vigilancia poste para habitar reparaciones de productos, reparaciones, o reemplazos.

***Abuso, Negligencia, Explotación:***

Podemos divulgar su relevante Protegido Información de Salud a Gabinete para familias y Niños que son autorizados por la ley de recibir reportes de abuso, negligencia, y explotación. Además, podemos, divulgar su relevante Protegido Información de salud si creemos que has sido un victima de abuso, explotación o violencia domestica a una agencia de gobierno autorizado recibir tal información.

***Vigilancia de salud:***

Podemos compartir de su Protegido Información de Salud a agencias de vigilancia de salud como departamentos de salud y servicios humanas federales o del estado, Medicare/ Medicaid Organizaciones de revisión de par, el departamento de agricultura de los Estados Unidos (USDA) o el centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC) para actividades como verificación de cuentas, investigaciones y inspecciones, y conformidad con las leyes de los derechos civiles.

***Investigación:***

Podemos divulgar su información a investigadores cuando su investigación a sido aceptado por un institucional comité examinador que ha revisado la investigación de la propuesta y los estableceos protocolos para asegura la privacidad de su información de salud (Ve el Orden Administrativo del Gabinete de salud, CHS 01-08, 28 de Agosto, 2001) **Cabinet for Health Services Administrative Order, CHS 01-01, August 28, 2001** (Institucional Comité Examinador para el Protección de Asuntos de Salud. **Institutional Review Board for Protection of Human Subjects**

***Medico forense, Directores de Funerales, y Donación del Órgano:***

Podemos divulgar de su Protegido Información de Salud a un Medico Forense para propósitos de identificación, determinando la causa de muerte o para el medico forense o el examinador medico para realizar otros deberes autorizado por la ley. Podemos divulgar también relevante Protegido Información de Salud a un director de funeral, como es permitido con autorización por la ley para que puedan realizar sus deberes. Podemos divulgar tal información en razonable anticipación de muerte. Protegido información de salud puede ser utilizado o divulgado para un propósito de donación de órgano cadavérico, tejido o ojo.

***Aplicación de la ley, Procedimientos Legales:***

Podemos divulgar sus expedientes de salud para propósitos de aplicación de la ley como requerido por la ley o en respuesta a un valido citación, descubrimiento requisito u otro proceso legal. Estos procedimientos de la ley incluyen (1) procedimientos legales y de lo contrario requerido por la ley; (2) requisitos para información limitado para propósitos de identificación y de local; (3) perteneciendo a victimas de crimen; (4) sospechan que muerte ocurrió por el resultado de conducta crimen; (5) en el evento que un crimen ocurre en la premisa del departamento, incluyendo las instalaciones; y (6) emergencia medica y es probable que un crimen a ocurrido. También podemos divulgar su información al gobierno para seguridad nacional y razones de inteligencia de los Estados Unidos de América. Por ejemplo, durante una investigación del FBI. Podemos liberar su información en respuesta a una legal citación o orden tribunal.

***Institucional Correccional:***

Si Usted es un interno de un institucional correccional, podemos divulgar al Gabinete de correcciones su información de salud necesaria para su salud y la salud y seguridad de otros individuales.

***Remuneración de los Trabajadores:***

Podemos divulgar su información de salud a la magnitud autorizada o y a la magnitud necesaria para cumplir con las leyes con relación a remuneración de los trabajadores o otros establecidos programas similares por la ley.

***Información que no es personalmente identificable:***

Podemos divulgar su información de Usted en una manera que le puede personalmente identificar a Usted o revelar quien Usted es.

**DERECHO DE UNA COPIA DE PAPEL DE ESTE AVISO**

Usted tiene el derecho de recibir una copia en papel de este Aviso a cualquier tiempo. Para recibir una copia en papel, envíe un escrito requisito al **Departamento de salud dirección en el primer pagina.**

**CAMBIOS A ESTE AVISO O PRATICAS DE PRIVACIDAD**

El Departamento de Salud del Condado de Madison tiene el derecho de cambiar este Aviso de Privacidad a cualquier tiempo. Si hacemos un cambio, vamos a revisar este Aviso y puntualmente distribuir lo a todos los clientes. El Departamento de Salud del Condado de Madison es requerido por la ley de cumplir con la corriente versión de este Aviso hasta que un nuevo versión es distribuida.

**QUEJAS**

Si Usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, y desea hacer una queja, puede archivar una queja por llamando/ escribiendo:

- El Funcionario de Privacidad del Departamento a este numero y dirección **en la pagina de enfrente.**
- El Secretario de Servicios de Salud y Humana a:  
Secretary of Health and Human Services, Room 615f  
200 Independence Ave. SW  
Washington, D.C. 20201.  
Para información adicional, llame a 877-696-6775.
- Oficina de los Estados Unidos de Derechos Civiles por llamando a 866-OCR-PRIV (866-627-7748) o 866-788-4989 TTY.

**REGLAS DE NON-VENGANZA**

El Departamento de Salud del Condado de Madison no Puede Quitarle Su Beneficios de Cuidado de Salud o Desquitarse en CUALQUIER manera si Usted Escoge de Archivar un Queja DE Privacidad o Ejercer Cuál quiere de Sus Derechos de Privacidad.