



DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE CRAVEN

ADVISORIO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

VIGENTES DESDE EL 14 de ABRIL del 2003

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR, LEALA CUIDADOSAMENTE.

Según las leyes debemos:

- Proteger la privacidad de cierta información acerca de su salud, la cual puede ser acerca de servicios del cuidado de la salud que nosotros le ofrecemos o el pago por los mismos. También, puede ser información acerca de sus condiciones médicas pasadas, presentes o futuras.
- Ofrecerle este AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD explicándole nuestros deberes legales y normas de privacidad con respecto a la información sobre su salud. Estamos legalmente obligados a seguir paso a paso las condiciones de este aviso y vamos a usar y dar a conocer información sobre su salud sólo en la manera descrita en este aviso.

Nos reservamos el derecho a cambiar las condiciones de este AVISO en el futuro y de hacerlas vigentes para toda la información que tenemos sobre su salud, como es permitido por la ley.

- ♦ Nosostros exhibiremos este AVISO y cualquier modificacion del mismo cuanto antes en la sala de espera
- ♦ Tendremos copias del mismo disponibles si son solicitadas.

Si en cualquier momento tiene preguntas acerca de esta información o de nuestras normas, procedimientos o practicas, puede comunicarse con el oficial encargado de los derechos a la privacidad a la dirección de cada departamento de salud como ha sido indicado al final de este documento.

PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN ACERCA DE SU SALUD EN VARIAS CIRCUNSTANCIAS

Excepto en las circunstancias mencionadas a continuación, no usaremos o daremos información acerca de su salud sin una autorizacion escrita y firmada por usted o su representante. Esta norma se aplica a los usos de esta información iniciados por el condado o solicitados por usted mismo.

Si usted firma una autorización escrita permitiendonos divulgar información acerca de su salud, usted puede cancelarla después por escrito, si así lo desea. Necesita escribimos una carta para suspender su autorización o llenar un formulario para el mismo propósito. Estos formularios los puede encontrar en cada una de las instituciones incluidas al final de este documento. Si usted cancela su autorización, seguiremos sus instrucciones excepto (i) en circunstancias muy limitadas con respecto a la obtención de seguro médico o (ii) hasta el punto de que nosotros hemos dependido de su autorización y tomado alguna acción.

El resto de esta sección menciona las circunstancias bajo las cuales nosotros estamos permitidos u obligados a usar o divulgar información acerca de su salud sin una autorización firmada ;

1. **TRATAMIENTO.** Podemos usar o dar información acerca de su salud para darle tratamiento médico a usted. En otras palabras, para proporcionarle, coordinar o administrar servicios del cuidado de la salud incluyendo la comunicación acerca de su tratamiento con otros proveedores .
2. **PAGO.** Excepto por los límites establecidos por las leyes de Carolina del Norte con respecto a expedientes de ciertas enfermedades contagiosas o de menores de edad, podemos usar y dar a conocer información sobre su salud para obtener el pago por los servicios médicos que usted recibió como por ejemplo, preparar facturas y administrar las cuentas. También podemos dar esta información a compañías de seguros, agencias de recaudación de dinero y de reportes al consumidor. En algunos casos , daremos su información a un plan de seguros antes de que usted reciba ciertos servicios médicos porque queremos saber si el plan de seguros va a pagar un servicio médico en particular.
3. **OPERACIONES DEL CUIDADO DE LA SALUD.** Excepto por los límites establecidos por las leyes de Carolina del Norte con respecto a expedientes de instituciones para la salud mental, o expedientes de enfermedades contagiosas o de menores de edad , podemos usar y revelar información sobre su salud cuando llevamos a cabo diferentes actividades que nosotros llamamos “OPERACIONES DEL CUIDADO DE LA SALUD”. Estas nos permiten mejorar la calidad de nuestros servicios y reducir los costos. Podemos usar esta información para:
 - ❖ Evaluar los credenciales y la manera en que los proveedores del cuidado de la salud le prestan sus servicios profesionales
 - ❖ Ofrecer programas de entrenamiento a estudiantes, aprendices y aquellos involucrados en el cuidado de la salud tanto como a otros profesionales para ayudarlos a mejorar sus conocimientos.
 - ❖ Cooperar con organizaciones independientes que evalúan , certifican, o autorizan profesionales en el campo de la salud o instalaciones que ofrecen servicios médicos en un campo especializado.
 - ❖ Examinar y mejorar la calidad, eficiencia y costo de los servicios

- ❖ Mejorar el cuidado de la salud y reducir los costos para grupos de personas con problemas de salud similares y ayudar a administrar los servicios ofrecidos a estos individuos.
 - ❖ Cooperar con organizaciones independientes que evalúan la calidad del cuidado de la salud que ofrecen agencias del gobierno o privadas.
 - ❖ Planear las operaciones futuras de nuestra organización.
 - ❖ Resolver quejas y apelaciones dentro de nuestra organización y o de agencias contratadas.
 - ❖ Examinar nuestras actividades y usar o revelar información sobre la salud en caso de que el control de nuestra organización cambie drásticamente.
 - ❖ Trabajar con abogados, contadores y otros profesionales que nos ayudan a cumplir con este AVISO y otras leyes.
4. **RECORDATORIOS DE CITAS MÉDICAS/ ALTERNATIVAS PARA TRATAMIENTOS.** Podemos usar o revelar información sobre su salud para recordarle que tiene una cita médica o para recomendarle tratamientos nuevos o diferentes para la enfermedad que usted tiene o para informarle acerca de beneficios o servicios de su interés.
 5. **INDIVIDUOS INVOLUCRADOS EN SU CUIDADO MÉDICO/ DIRECTORIOS DE INSTITUCIONES**
Podemos revelar información necesaria sobre su salud (i) a un pariente, amigo cercano o a otra persona que usted autorize a cuidarlo a usted (incluyendo el pago de sus servicios) o (ii) a un pariente, cualquier otra persona involucrada en su cuidado o a una organización tal como la CRUZ ROJA si es necesario que ellos avisen a alguien acerca de su condición física y donde se encuentra usted. También podemos incluir cierta información (nombre, localización, y condición física en general) en un directorio de una institución y compartir esta información con el clero o personas cercanas a usted.

Usted puede oponerse a la divulgación de su información en los casos citados anteriormente. Nosotros respetaremos su petición excepto en circunstancias especiales en caso de emergencia o en casos establecidos por la ley de Carolina del Norte con respecto a la divulgación de información de expedientes de farmacias, de instituciones para la salud mental, de asilos de ancianos, de menores de edad, de abuso de sustancias y de enfermedades contagiosas.
 6. **SOCIOS DE NEGOCIOS.** Hay servicios que nosotros ofrecemos a través de acuerdos con socios de negocios. Para proteger su información exigimos que nuestros socios firmen acuerdos para proteger su confidencialidad y privacidad. Además, la información de su salud dada a nuestros socios puede estar limitada por las leyes de Carolina del Norte en cuanto a expedientes de farmacias, de instituciones para la salud mental, para asilos de ancianos o expedientes de menores de edad y de enfermedades contagiosas.
 7. **ESTABLECIDO POR LA LEY.** Usaremos y daremos a conocer información sobre su salud cuando y como lo establezca la ley y sus limitaciones.
 8. **ACTIVIDADES DE LA SALUD PÚBLICA.** Podemos usar y dar a conocer información sobre su salud para actividades de la Salud Pública incluyendo pero no limitadas a la investigación de enfermedades, el reporte de abuso y descuido de niños, el seguimiento de drogas o dispositivos regulados por la Administracion de Alimentos y Drogas y el control de enfermedades y lesiones causadas por o en el trabajo. Por ejemplo, si usted estuvo expuesto a una enfermedad contagiosa (venérea) podríamos reportarlo al estado y tomar medidas preventivas para evitar que se propague su enfermedad.
 9. **ABUSO, DESCUIDO O VIOLENCIA DOMÉSTICA.** Podemos divulgar información sobre su salud a una autoridad del gobierno (como el Departamento de Servicios Sociales) si usted es un adulto y tenemos razones para creer que puede ser una víctima de abuso, de descuido o de violencia doméstica . Usaremos su información si usted está de acuerdo o cuando la ley nos obliga a hacerlo, limitados sólo por las regulaciones que establezcan las leyes de Carolina del Norte.
 10. **ACTIVIDADES PARA LA SUPERVISIÓN DE LA SALUD.** Podemos revelar su información a una agencia encargada de supervisar la salud. Esta es responsable de examinar el sistema del cuidado de la salud o ciertos programas del gobierno o de hacer auditorias, investigaciones, inspecciones y dar licencias. Por ejemplo, dicha agencia podría solicitarnos información mientras que esten investigando un posible fraude de seguros.
La divulgación de información puede estar limitada por las leyes de Carolina del Norte con respecto a los expedientes de las farmacias, instalaciones quirúrgicas provisionales, expedientes de programas de rehabilitación de cardiología y de enfermedades contagiosas o de menores de edad.
 11. **PROCESOS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS.** Podemos divulgar su información para obedecer o seguir una orden administrativa o dada por una Corte Judicial o bajo circunstancias más limitadas como una citación o petición legal u otros procesos judiciales solicitados por alguien en una disputa legal. Por ejemplo, revelaremos informacion sobre su salud en una Corte , si un juez nos lo ordena. La divulgación de información puede estar limitada por ciertas leyes de Carolina del Norte con respecto a expedientes de farmacias, de instituciones de salud mental o de asilos de ancianos, de enfermedades contagiosas, de menores de edad o de uso de sustancias controladas.
 12. **APLICACIÓN DE LA LEY.** Podemos divulgar su información a oficiales de la policía bajo ciertas circunstancias. Por ejemplo, si un oficial necesita información para encontrar o identificar a una persona desaparecida . La divulgación de información puede estar limitada por ciertas leyes de Carolina del Norte con respecto a expedientes de instituciones como farmacias, asilos de ancianos , de menores de edad o expedientes de enfermedades contagiosas o del uso de sustancias controladas.
 13. **JUEZ DE INSTRUCCIÓN Y OTROS.** Podemos revelar su información a un juez de instrucción, a un doctor o director de una funeraria para que ellos puedan realizar sus funciones o a organizaciones encargadas de trasplantes de órganos. La divulgación de esta

información puede estar limitada por ciertas leyes de Carolina del Norte con respecto a los expedientes de farmacias y de instituciones para la salud mental ,para el cuidado de ancianos y de enfermedades contagiosas.

14. **COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES.** Podemos dar a conocer su información a algunos programas que ofrecen beneficios a los trabajadores por enfermedades o lesiones causadas en o a causa del trabajo o ambiente laboral. La divulgación de esta información puede estar limitada por ciertas leyes de Carolina del Norte con respecto a expedientes de farmacias o de instituciones para la salud mental o de asilos de ancianos y de enfermedades contagiosas.
15. **TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN.** Podemos dar a conocer su información a organizaciones que se dedican a la investigación si cumplen con ciertos requisitos tales como enunciar y cumplir las leyes estatales y federales en cuanto a la protección de la privacidad de la información sobre la salud en el campo de la investigación científica.
16. **ALGUNAS FUNCIONES DEL GOBIERNO.** Podemos usar o revelar su información para colaborar con ciertas funciones del gobierno incluyendo pero no limitadas a actividades militares o de veteranos y de seguridad nacional.
17. **PRESOS.** Si usted es un preso o está bajo la custodia de un oficial, podemos revelar información acerca de su salud a la prisión o al oficial encargado de usted bajo ciertas circunstancias limitadas por las leyes de Carolina del Norte con respecto a expedientes de farmacias e instituciones encargadas de ancianos, de menores de edad y de enfermedades contagiosas.
18. **PARA PREVENIR UNA AMENAZA SERIA A SU SALUD O SEGURIDAD.** Podemos usar o compartir su información cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y su seguridad o del público en general. Se divulgará esta información solamente a alguien que pueda prevenir esta amenaza y bajo los límites que establezcan las leyes de Carolina del Norte con respecto a expedientes de farmacias y otras instituciones encargadas de la salud mental, del cuidado de ancianos, de menores de edad y de enfermedades contagiosas.

**USTED TIENE ALGUNOS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN
ACERCA DE SU SALUD**

Esta sección explica brevemente cada uno de sus derechos. Para obtener más información, comuníquese con el oficial encargado de los derechos a la privacidad a la dirección correspondiente de cada respectiva institución como ha sido indicado al final de este documento.

DERECHO A TENER UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO. Usted tiene derecho a solicitar y a tener una copia de este aviso en cualquier momento.

DERECHO A EXAMINAR Y RECIBIR COPIAS DE SUS EXPEDIENTES. Usted tiene derecho a examinar (ver o repasar) o recibir una copia de la información acerca de su salud de nuestros expedientes. Tiene que hacer una solicitud por medio de una carta o llenar un formulario para tal propósito.

Podemos negarle su petición bajo ciertas circunstancias y le informaremos nuestras razones por escrito. También, le haremos saber si tiene el derecho a apelar nuestra decisión. Si usted desea una copia de la información, le cobraremos una suma establecida por el condado para cubrir los gastos del trámite. Es posible que le podamos ofrecer una explicación de su información médica también. Comuníquese con la persona oficial encargada de cada institución si necesita más información.

DERECHO A CORREGIR O CAMBIAR SU INFORMACIÓN. Tiene derecho a solicitar que nosotros corrijamos (cambiemos) la información que aparece en sus expedientes médicos. Si cree que su información está incorrecta o incompleta, nosotros podemos cambiarla para corregir el problema y avisar a aquellos que tienen copias de su información. Para solicitar cambios en su información, necesita escribirnos e incluir las razones que justifican su petición.

Usted puede escribirnos una carta solicitando una corrección en su información o llenar el formulario apropiado que puede obtener a través de la persona oficial encargada en cada institución como aparece al final de este documento. Dependiendo de las circunstancias, podríamos negarle su petición y si lo hacemos le explicaremos nuestras razones. Usted tendrá la oportunidad de enviarnos su opinión si está en desacuerdo con nuestra decisión y nosotros compartiremos su apelación cuando tengamos que divulgar su información en el futuro.

DERECHO A SABER QUE INFORMACIÓN HA SIDO DIVULGADA. Usted tiene derecho a recibir una lista detallada de cierta información médica que ha sido divulgada en los últimos 6 años. Para recibir esta información, envíenos una carta o llene una solicitud para este propósito o comuníquese con el oficial encargado a la dirección correspondiente de las instituciones incluidas al final de este documento.

Esta lista no incluye divulgaciones hechas para el tratamiento, el pago, o el cuidado de la salud. Tampoco, cualquier información que ha sido dada antes del 14 de Abril del 2003.

Si usted solicita esta lista más de una vez cada 12 meses, le cobraremos una suma para cubrir los costos de preparación del documento. Le haremos saber la suma exacta con anterioridad para que pueda modificar o cancelar su solicitud.

DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES EN EL USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN.

Tiene derecho a solicitar que nosotros limitemos el uso y la divulgación de su información para trámites de tratamiento, pago y cuidado de su salud y la información dada a aquellas personas que están a cargo del cuidado de su salud. Nosotros NO estamos obligados a aprobar su solicitud, pero si la aprobamos, seguiremos sus instrucciones (excepto cuando es necesario dar la información para un tratamiento de emergencia). Usted puede cancelar estas restricciones en cualquier momento. También, nosotros podemos cancelarlas siempre y cuando le avisemos por escrito.

Si quiere limitar el uso y la divulgación de su información médica, envíenos una carta o llene el formulario para este propósito o comuníquese con el oficial encargado a la dirección correspondiente de cada institución que aparece al final de este documento.

DERECHO A SOLICITAR UN MÉTODO ALTERNATIVO DE COMUNICACIÓN. Tiene derecho a solicitar la manera de comunicación en un lugar de su preferencia o por un método en particular. Por ejemplo, usted puede preferir que le enviemos su información a la dirección de su trabajo en lugar de su domicilio. Trataremos de cumplir con sus deseos siempre y cuando sean razonables. Si desea solicitar un método alternativo para comunicarnos con usted, escribanos una carta o llene la solicitud para dicho propósito o comuníquese con el oficial encargado a la dirección correspondiente de cada institución que aparece al final de este documento.

USTED PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA CON RESPECTO A NUESTRAS PRÁCTICAS DEL DERECHO A LA PRIVACIDAD

Si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados o está insatisfecho con nuestras prácticas y procedimientos, puede presentarnos su queja o al gobierno federal. Nosotros no tomaremos represalias contra usted ni cambiaremos la manera en que le hemos prestado nuestros servicios, si presenta una queja.

Para presentar una queja escrita a la Condado de Craven Departamento de Salud, usted puede traer su queja personalmente o puede enviarla por correo a las siguientes direcciones:

☐ Craven County Health Department
 ATTN: Amber Tabarrini, Compliance Officer
 P.O. Drawer 12610
 New Bern, North Carolina 28561
 (252) 636-4920 ext. 2128
 *Departamento de Salud

Para presentar una queja al gobierno federal, puede enviarla a la siguiente dirección:

☐ Region IV, Office of Civil Rights
 US Department of Health and Human Services
 Sam Nunn Atlanta Federal Center
 61 Forsyth St., S.W., Suite 5M60
 Atlanta, GA 30303-8909

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE CRAVEN
EL OFICIAL DE PRIVACIDAD

☐ Craven County Health Department
 ATTN: Kim Edwards, Privacy Officer
 P.O. Drawer 12610
 New Bern, North Carolina 28561
 (252) 636-4920 ext. 2006
 *Departamento de Salud

Una copia de este Aviso o documento de las prácticas de la privacidad aparece en el sitio (website) del condado de Craven

www.cravencountync.gov