

# DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO UNION

## DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

*Efectivo abril 2003*  
*Revisado marzo 2014*  
*Revisado marzo 2018*  
*Revisado diciembre 2022*

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información.

**Por favor revíselo cuidadosamente.**

La División de Salud Pública del Condado Union recopila y mantiene información médica sobre usted y está obligada por ley a proteger la privacidad de su información médica. Estamos obligados a proporcionarle este Aviso de Prácticas de Privacidad.

### Sus Derechos

**Cuando se trata de su información de salud, tiene usted ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

#### **Obtener una copia electrónica o física (en papel) de sus registros médicos**

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o física (en papel) de sus registros médicos y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

#### **Solicitar corregir sus registros médicos**

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse a nuestro Oficial de Privacidad. Además, debe proporcionar una razón que respalde su solicitud.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de 60 días.

#### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Podemos dejarle un mensaje o enviarle una carta con respecto a una cita, resultados de laboratorio o prescripciones, o pedirle que nos llame con respecto a su atención o la cuenta de su hijo, a menos que nos indique lo contrario. Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, llamar al teléfono de su casa u oficina o enviarle un correo a una dirección diferente)
- Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

#### **Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos**

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su propio bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos “sí” a menos que una ley nos exija compartir esa información.

### **Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartimos su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

### **Obtener una copia de este aviso de privacidad**

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa de inmediato o puede obtener una copia en nuestro sitio web en [www.co.union.nc.us](http://www.co.union.nc.us).

### **Elegir a alguien que actúe en su nombre**

- Si le ha dado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

### **Presentar una queja si siente que se violan sus derechos**

- Puede quejarse si siente que hemos violado sus derechos.
- Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. Para realizar una queja con nosotros, contáctese a **Union County Division of Public Health, Attn: Privacy Officer, 2330 Concord Avenue, Monroe, NC 28110**. Para realizar una queja con el gobierno federal, contáctese a **Region IV Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, Atlanta Federal Center, Suite 3B70, 61 Forsyth Street SW, Atlanta, GA 30303-8909** o visite [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## **Sus Opciones**

**Respecto a cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos.** Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de socorro en casos de desastre.

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos proceder y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing.
- Venta de su información.
- Mayoría de notas de psicoterapia.

## Nuestros Usos y Divulgaciones

### ¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?

Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

- Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.
- Podemos usar y compartir su información de salud para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y contactarle cuando sea necesario.
- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.
- Podemos proporcionar su información de atención médica a la Autoridad de Intercambio de Información de Salud de Carolina del Norte (HIEA, por sus siglas en inglés). El Intercambio de Información (HIE, por sus siglas en inglés) es una base de datos de información médica donde otros proveedores de atención médica que lo atienden pueden acceder a su información médica si son miembros de HIEA. Acceder a su información puede ayudar a su proveedor de atención médica a brindarle una atención bien informada rápidamente porque habrá aprendido acerca de su historial médico a través de HIEA. Si no desea que su información médica se contribuya a HIEA y se comparta con los proveedores de atención médica miembros, puede optar por no hacerlo solicitando un formulario de exclusión o visitando <https://hiea.nc.gov/patients/your-choices> para descargar y completar el formulario de exclusión voluntaria. Tenga en cuenta que si opta por no participar, es posible que sus proveedores no tengan la información más reciente sobre usted, lo que puede afectar su atención. Si elige optar por no participar, hay medidas que puede tomar en este enlace para optar en participar en una fecha posterior. Si tiene menos de 18 años, tenga en cuenta que HIEA de Carolina del Norte no procesará su opción de exclusión a menos que su padre o tutor legal haya firmado su formulario de exclusión o se haya emancipado. Si es menor de edad y recibe tratamiento por (1) enfermedades venéreas (infecciones de transmisión sexual) y otras enfermedades de notificación obligatoria, (2) embarazo, (3) abuso de sustancias controladas o alcohol y (4) trastornos emocionales, hable con su proveedor de atención médica para ver si puede solicitar que esta información no se divulgue a HIEA de Carolina del Norte.

### ¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o se nos requiere que compartamos su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### Ayude con problemas de salud pública y seguridad

Podemos compartir información de salud sobre usted en ciertas situaciones, tales como:

- Prevenir enfermedades.
- Ayudar con retiros de productos (recalls).
- Reportar reacciones adversas a medicamentos.
- Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.
- Para prueba de inmunización a una escuela donde la ley estatal u otra requiere que la escuela tenga dicha información antes de admitir al estudiante.
- Para organizaciones de obtención de órganos.
- Con un médico forense, examinador médico o director de una funeraria cuando una persona fallece.
- Para reclamos de compensación de trabajadores.
- Para fines de cumplimiento de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley.
- Con organismos de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por ley.

- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.
- En respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

## **Nuestras Responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea descrita aquí, a menos que nos diga que podemos hacerlo por escrito. Puede revocar dicha autorización en cualquier momento notificando por escrito a la **División de Salud Pública del Condado Union, Attn: Privacy Officer, 2330 Concord Avenue, Monroe, NC 28110**. Sin embargo, si revoca dicha autorización, no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas en función de ella.

## **Cambios a los Términos de este Aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Para obtener más información sobre este Aviso de Prácticas de Privacidad, comuníquese con el **Oficial de Privacidad de la División de Salud Pública del Condado Union en 2330 Concord Avenue, Monroe, NC 28110 o 704-296-4800**.