



Este Aviso está en vigencia desde el 1ro. de enero, 2019

**AVISO SOBRE PRÁCTICAS PARA LA PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD  
DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE TRI-COUNTY**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED  
SE UTILIZA Y SE DIVULGA; Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO  
A ESTA INFORMACIÓN. LE RECOMENDAMOS QUE LO LEA CON ATENCIÓN.**

**QUIÉNES SEGUIRÁN ESTE AVISO SOBRE PRÁCTICAS PARA LA PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD**

Este Aviso sobre los Prácticas de la Privacidad ("Aviso") describe los procedimientos para proteger la privacidad de la información que el Departamento de Salud de Tri-County ("TCHD", "nosotros" o "nuestros") y las siguientes personas seguirán:

- Todo profesional del cuidado de la salud de TCHD autorizado para ingresar información sobre su historial médico.
- Todas las clínicas y unidades del TCHD.
- Todo miembro de un grupo voluntario que nosotros permitimos ayudar mientras que usted está recibiendo algún tratamiento en el TCHD.
- Todos los empleados, el personal administrativo y el resto del personal del TCHD.
- Todas las clínicas y locales del TCHD siguen los términos de este Aviso. Además, estas clínicas y locales pueden compartir información médica entre ellos para propósitos de tratamientos, pagos u operaciones del TCHD descritos en este Aviso.

**NUESTRO COMPROMISO SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA**

Nosotros entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger toda información médica sobre usted. Nosotros creamos un registro del cuidado y servicios que usted recibe a través del TCHD. Necesitamos ese registro para poder brindarle a usted cuidado de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este Aviso se aplica a todos los registros del cuidado que usted recibe, generados por el TCHD, ya sean creados por personal del TCHD o por su proveedor de cuidado de la salud. Su proveedor personal de cuidado de la salud puede tener diferentes políticas o avisos para proveedores sobre el uso y divulgación de su información médica creada en su consultorio o clínica.

Este Aviso le dirá a usted las maneras en que nosotros podríamos utilizar o divulgar información médica sobre usted. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos nosotros sobre el uso y la divulgación de información médica.

Nosotros estamos obligados por ley a:

- Asegurarnos que la información médica que lo identifica a usted se mantenga privada;
- Darle a usted este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y procedimientos para proteger su privacidad con respeto a su información médica;

- Notificar a las personas afectadas después de algún incumplimiento de la seguridad de información médica; y
- Seguir los términos del Aviso que está en vigencia en este momento.

## **CÓMO PODRÍAMOS UTILIZAR Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED**

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que nosotros utilizamos y revelamos información médica. Para cada categoría de uso y divulgación explicaremos qué queremos decir y trataremos de dar ejemplos. No todos los usos o divulgaciones de una categoría serán enumerados. Sin embargo, todas las maneras que son permitidas para utilizar y revelar información estarán dentro una de las categorías mencionadas.

**Para tratamiento.** Nosotros podríamos utilizar su información médica para proveerle a usted tratamientos o servicios médicos. Podríamos revelar su información médica a doctores, enfermeros, técnicos u otro personal que participe en su cuidado a través del TCHD. Las diferentes clínicas y departamentos podrían compartir información médica sobre usted para poder coordinar los diferentes servicios que usted necesite. También podríamos revelar su información médica a personas fuera del sistema del TCHD que puedan estar participando en su cuidado médico (tales como un proveedor de atención médica, especialistas, un laboratorio farmacéutico o miembros de su familia que hayan sido identificados por usted), u otros profesionales que tenemos para proveerle servicios que sean parte de su atención médica. Nosotros podríamos utilizar y revelar información médica para decirle o recomendarle a usted posibles opciones o alternativas de tratamiento que a usted le puedan interesar.

**Para pagos.** Nosotros podríamos utilizar y revelar su información médica para que el tratamiento y los servicios que usted reciba a través del TCHD puedan ser facturados y podamos recibir pago de usted o de una compañía de seguro médico o bien de una tercera parte.

**Para operaciones de cuidado de la salud.** Nosotros podríamos utilizar y revelar su información médica para operaciones del TCHD. Estos usos y divulgaciones son necesarios para operar el TCHD y asegurarnos que todos nuestros pacientes reciban cuidado de calidad. Por ejemplo, nosotros podríamos utilizar información médica para revisar nuestros tratamientos y servicios, y poder evaluar el desempeño de nuestro personal al proveerle cuidado a usted. Podríamos también combinar información médica sobre muchos pacientes para decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer en el TCHD, y qué servicios no son necesarios. Podríamos también revelar información a doctores, enfermeros, técnicos y otro personal para propósitos de revisión y aprendizaje. Igualmente también podríamos combinar la información médica que tenemos con información médica de otros proveedores de cuidado de la salud para comparar cómo van y ver en dónde podemos hacer mejoras en el cuidado y servicios que ofrecemos. Podríamos eliminar información que lo identifica a usted de este conjunto de información médica para que otros puedan utilizarla para estudiar el cuidado de la salud y la entrega del mismo sin saber quiénes son los pacientes. También podríamos utilizar y revelar información médica para ponernos en contacto con usted para recordarle de una cita para recibir tratamiento o atención médica.

**Beneficios y servicios relacionados con la salud.** Nosotros podríamos utilizar y revelar información médica para informarle a usted sobre beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían interesarle a usted.

**Actividades para recaudar fondos.** Nosotros podríamos utilizar su información médica para ponernos en contacto con usted para realizar alguna actividad para recaudar fondos para el TCHD y sus operaciones. Nosotros le pediríamos su permiso por adelantado para hacer esto.

**Personas individuales que participan en su cuidado o pago de su atención médica.** Nosotros podríamos revelar su información médica a miembros de su familia, a un pariente, a un amigo cercano o a alguna otra persona identificada por usted, que esté involucrada en el cuidado de su salud.

**Investigación científica.** Nosotros podríamos revelar su información protegida sobre su condición de salud a

P:\Permanent\HIPAA\HIPAA 2019\2019 HIPAA Notice of Privacy Practice\N- 15s HIPAA Notice of Privacy Practices SPANISH REV 2020.docx

investigadores científicos cuando estén autorizados por la ley; por ejemplo, si su investigación ha sido aprobada por la directiva de revisión institucional que ha revisado la propuesta de investigación y ha establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información médica.

**Para prevenir una amenaza seria a la salud o la seguridad.** Nosotros podríamos utilizar o revelar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Cualquier divulgación, sin embargo, sería solamente a alguien con la capacidad para ayudar a prevenir esa amenaza.

## **SITUACIONES ESPECIALES**

**Militares y Veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, nosotros podríamos revelar información médica sobre usted como lo requieran las autoridades de comando militar. Nosotros también podríamos revelar información médica sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras apropiadas.

**Compensación a los trabajadores.** Nosotros podríamos revelar información médica sobre usted para el programa de compensación a los trabajadores u otros programas similares. Estos programas proveen beneficios o prestaciones por lastimaduras o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Riesgos a la salud pública.** Nosotros podríamos revelar información médica sobre usted para actividades de protección de la salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

- Para prevenir o controlar una enfermedad, lastimadura o discapacidad.
- Para reportar nacimientos y defunciones.
- Para reportar abuso o negligencia infantil.
- Para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos.
- Para notificar a las personas de productos que han sido retirados del mercado por ser peligrosos, que ellas pueden estar utilizando.
- Para notificar a una persona que puede haber sido expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o condición.
- Para notificar a las autoridades gubernamentales apropiadas si nosotros pensamos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Nosotros solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley.

**Actividades de vigilancia de la salud.** Nosotros podríamos revelar información médica a una agencia de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de vigilancia incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licenciamientos. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda monitorear el sistema de cuidado de la salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Según como sea requerido por la ley.** Nosotros podríamos revelar información médica sobre usted cuando sea requerido por una ley federal, estatal o local. Esto incluiría cualquier procedimiento judicial o administrativo, en respuesta a una orden o citación de una corte, una petición de descubrimiento o cualquier otro proceso legal.

**Juicios y disputas legales.** Si usted está involucrado en un juicio o disputa o litigio legal, nosotros podríamos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden administrativa o de una corte. También podríamos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación, una petición de descubrimiento o cualquier otro proceso legal por alguien más involucrado en el litigio, pero solo si se ha realizado algún esfuerzo

para notificarle a usted sobre la petición o para obtener una orden que proteja la información requerida.

**Cumplimiento de la ley.** Nosotros podríamos divulgar información médica si nos lo solicita un oficial encargado de hacer cumplir la ley:

- En respuesta a la orden de una corte, una citación, una orden de detención, un comparendo o cualquier proceso similar.
- Para identificar o localizar a un sospechoso, un fugitivo, un testigo material o a una persona desaparecida.
- Sobre la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, nosotros no somos capaces de obtener el acuerdo de la persona.
- Sobre una muerte que nosotros pensamos que sea resultado de una conducta criminal.
- En circunstancias de emergencia para reportar un crimen, la ubicación del crimen o de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

**Pesquisidores que investigan la causa de fallecimientos, médicos examinadores y directores de funerarias.**

Nosotros podríamos divulgar información médica a un pesquisidor o a un médico examinador. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su muerte.

**Seguridad nacional y actividades de inteligencia.** Nosotros podríamos divulgar información médica sobre usted a oficiales federales autorizados para realizar actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades para la seguridad nacional autorizadas por la ley.

**Servicios de protección al Presidente y a otros funcionarios del estado.** Nosotros podríamos divulgar información médica sobre usted a oficiales federales autorizados para que ellos puedan proveer protección al Presidente de la nación, otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros o para conducir investigaciones especiales.

**Presidarios.** Si usted es un recluso en una institución correccional o está bajo custodia de un oficial encargado de hacer cumplir la ley, nosotros podríamos divulgar información médica sobre usted a la institución correccional o al oficial encargado de la ejecución de la ley. Esta divulgación sería necesaria (1) para que la institución le provea a usted cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y seguridad o para la salud y seguridad de otros, o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

## **SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Usted tiene los siguientes derechos sobre la información médica que mantenemos sobre usted:

**Derecho a inspeccionar y copiar.** Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar información médica que le pueda ayudar a tomar decisiones sobre su atención médica. Generalmente esto incluye su historial médico y de facturación, pero no incluye las notas de la psicoterapia.

Para inspeccionar y copiar información médica que usted pueda utilizar para tomar decisiones sobre su cuidado, usted debe presentar una solicitud escrita al Oficial de Privacidad. La dirección del Oficial de Privacidad se encuentra en la última página de este documento. Si usted solicita una copia de la información, es posible que nosotros le cobremos una tarifa por los costos de copiar, enviar por correo postal o cualquier otro material relacionado con su solicitud.

Nosotros podríamos negar su solicitud a inspeccionar y copiar información en circunstancias muy limitadas. Si a

usted se le niega acceso a información médica, usted puede solicitar que se revise la negación. Otro profesional licenciado del cuidado de la salud elegido por el TCHD revisará su solicitud y la negación. La persona que conduzca la revisión no será la misma que le negó la solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

### **Derecho a enmendar.**

Si usted piensa que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, usted puede pedir que se enmiende o corrija la información. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda por el tiempo que la información esté bajo nuestro resguardo o para uso del TCHD. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe ser presentada por escrito al Oficial de Privacidad, cuya dirección se encuentra en la última página de este documento. Además, usted debe proveer una razón que respalde su solicitud.

Nosotros podríamos negarle su solicitud de una enmienda si no es presentada por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, nosotros podríamos negarle su solicitud si usted nos pide que enmendemos información que:

- No haya sido creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la enmienda;
- No sea parte de la información médica archivada por o para el TCHD;
- No sea parte de la información que a usted se le permita inspeccionar y copiar; o
- Está correcta y completa.

**Derecho a una rendición de cuentas de las divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar una “rendición de cuentas de las divulgaciones”. Esta rendición es la lista de las divulgaciones que nosotros habríamos hecho de información médica sobre usted.

Para solicitar una lista o una rendición de cuentas de las divulgaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Su solicitud debe expresar el período de tiempo, que no puede ser más de seis años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril del año 2003. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, impresa en papel, electrónicamente). La primera lista que usted solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, nosotros podríamos cobrarle por los costos de proveerle la lista. Le notificaremos del costo que incluiría y usted puede decidir si retira o modifica su solicitud en ese momento antes de que incurramos en algún costo.

**Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que nosotros utilizamos o divulgamos sobre usted para tratamientos, pagos u operaciones de cuidado de la salud. Usted también tiene derecho a solicitar una restricción o límite de la información médica que nosotros divulguemos sobre usted a alguien que esté participando en su cuidado o el pago por su cuidado, tal como un miembro de la familia o amigo.

***Nosotros no estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud excepto por la restricción solicitada sobre información médica a un plan de salud que es para el propósito de realizar pagos u operaciones de cuidado de la salud; y la información médica concierne solamente a un detalle o servicio del cuidado de la salud por el cual usted u otra persona ha pagado por completo (excepción por “pago en su totalidad”).*** Si nosotros estamos de acuerdo con cualquiera de las restricciones solicitadas, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proveerle a usted tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. En su solicitud, usted debe mencionarnos: (1) qué información desea que se limite, (2) si usted desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos, (3) a quién desea que se aplique la limitación, por ejemplo, divulgaciones a un miembro de su familia o a su cónyuge, y (4) fecha de expiración o caducidad.

**Derecho a solicitar comunicación confidencial.** Usted tiene derecho a solicitar que nosotros nos comuniquemos con usted sobre temas médicos de cierta manera o en ciertos lugares. Por ejemplo, usted puede pedirnos que solo le contactemos a su lugar de trabajo o por correo.

Para solicitar comunicación confidencial, usted debe presentar una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. No le preguntaremos la razón de su solicitud. Nosotros atenderemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar la manera o el lugar donde usted desea que lo contactemos.

**Derecho a tener una copia impresa de este Aviso.** Usted tiene derecho a tener una copia impresa de este Aviso. Usted puede pedirnos una copia de este Aviso en cualquier momento. Aunque usted inicialmente acuerde en recibir este Aviso electrónicamente, usted todavía tiene derecho de recibir una copia impresa.

Usted puede obtener una copia de este Aviso en nuestra página web: [www.tchd.org](http://www.tchd.org)

Para obtener una copia impresa de este Aviso, por favor pregunte en la clínica dónde usted recibe servicios de cuidados de la salud.

### **CAMBIOS A ESTE AVISO**

Nosotros nos reservamos el derecho a hacer cambios a este Aviso. Nos reservamos el derecho a poner el Aviso revisado o modificado en vigencia que reglamente la información médica que ya tenemos sobre usted, al igual que cualquier información que recibamos en el futuro. En el TCHD publicaremos una copia del Aviso actualizado. El Aviso contendrá la fecha en que entra en vigencia, en la esquina superior de la derecha de la primera página. Además, cada vez que usted se inscriba en el TCHD para tratamientos o servicios de cuidado de la salud, le ofreceremos una copia del Aviso actualizado vigente.

### **QUEJAS**

Si usted piensa que sus derechos a la privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja al TCHD o a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja al TCHD, contacte al Oficial de Privacidad cuya dirección aparece al final de este documento. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. Usted no recibirá ninguna penalización por presentar una queja.

### **OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA.**

Otros usos y divulgaciones de su información médica no cubierta en este Aviso o por las leyes que aplican a nosotros, se realizarán solamente con su permiso por escrito. Si usted nos provee permiso para utilizar o divulgar su información médica, usted puede revocar o anular ese permiso, por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su permiso, nosotros ya no utilizaremos o divulgaremos información médica sobre usted por las razones cubiertas en su autorización escrita. Usted debe tener por entendido que nosotros no podremos retractar o regresar cualquier divulgación que ya hayamos realizado con su permiso; y que nosotros estamos obligados a retener nuestros registros del cuidado que le hemos brindado a usted.

**Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, por favor contacte al:**

**Oficial de privacidad de HIPAA  
Tri-County Health Dept.  
6162 S. Willow Drive, Suite 100  
Greenwood Village, CO. 80111  
Telf.: 303-220-9200**