



Su Información. Sus Derechos. Nuestros Responsabilidades.

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y revelada por Galveston County Health District, y cómo se puede tener acceso a esta información. **¡Por favor, revise con cuidado!**

Sus Derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedimos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus Opciones. Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información y recaudamos fondos.

Nuestros Usos y Divulgaciones. Podemos utilizar y compartir su información, cuando:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización
- Facturamos por sus servicios
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

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

- **Obtener una copia en formato electrónico o en papel su historial médico.** Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónica o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Al hacer tal petición, le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de treinta (30) días de su solicitud. Al hacerlo, podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo de mano de obra y material.
- **Solicitar que se corrija su historial médico.** Puede solicitar que corrija la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de sesenta (60) días.
- **Solicitar comunicaciones confidenciales** Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente. Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables
- **Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos.** Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención. Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.
- **Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información.** Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Al hacerlo, podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo de mano de obra y material.
- **Obtener una copia de esta notificación de privacidad.** Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.
- **Elegir a alguien para que actúe en su nombre.** Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

- **Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos.** Usted puede quejarse si siente que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con el Auditor de Cumplimiento al (409) 938-2425, o por correo electrónico a wjones@gchd.org. Además, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los derechos civiles EE.UU. llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. Galveston County Health District costera no tomara represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus Opciones. Para cierta información de salud, puede notificarnos de sus opciones acerca de la información que compartimos. Si usted tiene una clara preferencia por la forma en que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, por favor hable con nosotros. Díganos que hagamos, y seguiremos sus instrucciones. En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- *Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*
 - En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito: Propósitos de mercadeo, venta de su información, la mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

Nuestros Usos y Divulgaciones. Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

- **Tratamiento.** Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo están tratando (*Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.*)
- **Dirigir nuestra organización.** Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención, y comunicarnos con usted cuando sea necesario (*Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.*)
- **Facturar por sus servicios.** Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades (*Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.*)

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

- **Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad.** Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como: Prevención de enfermedades, ayuda con el retiro de productos del mercado, informe de reacciones adversas a los medicamentos, informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica, prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.
- **Realizar investigaciones médicas.** Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud, cuando la ley lo permita.
- **Cumplir con la ley.** Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.
- **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.** Podemos compartir su información médica con organizaciones de procuración de órganos.
- **Trabajar con un médico forense o director funerario.** Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.
- **Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.** Podemos utilizar o compartir su información médica en reclamos de compensación de trabajadores, a los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad, con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley, en el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.
- **Responder a demandas y acciones legales.** Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Nuestras Responsabilidades.

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información personal.
- Todos los pacientes deben recibir una copia de este aviso en su visita inicial al Galveston County Health District, y hay que seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita.

Cambios a los términos de esta notificación: Podemos modificar los términos de esta notificación en nuestro criterio, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. Si esto ocurre, se le enviará por correo un resumen de los cambios junto con una copia de la nueva notificación, que también estará en nuestra oficina y en nuestra página web www.coastalhw.org.

Fecha de vigencia de esta notificación: 02/15/2016. Auditor de Cumplimiento: Wendy Jones (p). 409-938-2425 (e). wjones@gchd.org.

A partir del 1 de septiembre de 2012 la Ley de registros de Privacidad de la Salud de Texas añadió protecciones adicionales para los consumidores. La Ley es más amplia que el HIPAA, ya que no sólo se aplica a los proveedores de atención de salud, planes de salud y otras entidades que procesan las reclamaciones de seguros de salud, sino también a cualquier persona, empresa u organización que obtiene, tiendas, o posee información de salud protegida (PHI), así como sus agentes, empleados y contratistas si crean, reciban, obtengan, uso o transmiten PHI.