

**OFICINA DE CUMPLIMIENTO DE HIPAA
DEL CONDADO DE SULLIVAN**

CENTRO DE GOBIERNO DEL
CONDADO DE SULLIVAN

100 NORTH STREET, PO BOX 5012
MONTICELLO, NY 12701

845-807-0664

sullivanprivacyofficer@sullivanny.gov



**SUS
DERECHOS.
SUS
OPCIONES.
NUESTRAS
OBLIGACIONES.**

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

Por favor revíselo cuidadosamente.

Sus Derechos

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

Obtenga una copia electrónica o en papel de su historial médico

- Puede solicitar ver o obtener una copia electrónica o impresa de su historial médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 10 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo.

Pídanos que corrijamos su historial médico

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

continúa en la página siguiente

Sus Derechos *continuado*

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que **no** usemos o compartamos cierta información médica para su tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir “no” si esto afectaría su tratamiento
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su 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 obligue a compartir esa información.

Obtenga 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 anteriores a la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos toda la información, excepto la relacionada con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y otras divulgaciones específicas (como las que nos haya solicitado). Le proporcionaremos un informe anual de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro en un plazo de 12 meses.

Obtenga 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 en forma electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad. Se publicará una copia de nuestro aviso actual en nuestras salas de espera y en nuestro sitio web en <https://sullivanny.gov/Departments/HIPAA>

Elige a alguien que actúe por ti

- Si le ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- 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 violan sus derechos

- Si tiene preguntas o desea presentar una queja, comuníquese con el Oficial de Privacidad de HIPAA del Condado de Sullivan en Sullivanprivacyofficer@sullivanny.gov o al **845-807-0664**.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. por escrito, por correo postal, fax, correo electrónico o a través del Portal de quejas de la OCR. Para obtener más información sobre la información necesaria para presentar una queja, visite <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/what-to-expect/index.html>
- Las quejas por escrito se pueden enviar por correo a Operaciones de Gestión de Casos Centralizados Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos 200 Independence Avenue S.W., Room 509F HHH Bldg. Washington, D.C. 20201
- ***El condado cuenta con políticas y procedimientos establecidos que protegen a las personas contra represalias. El condado no permite represalias contra personas que presenten una queja de buena fe. No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja de buena fe.***

continúa en la página siguiente

Tus Opciones

Para cierta información de salud, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

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

- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartir información en una situación de socorro ante desastres
- Comunicarnos con usted para esfuerzos de recaudación de fondos.
Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad. Debemos informarle lo antes posible después de divulgar la información de esta manera.

En estos casos nunca compartimos tu información a menos que nos des permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información
- Información sobre salud mental, alcohol y drogas, SIDA/VIH y pruebas genéticas, así como la mayoría de las notas de psicoterapia compartidas (a menos que sea requerido legalmente)

En el caso de recaudación de fondos:

- Para fines de recaudación de fondos, podemos divulgar información a un programa de beneficencia que nos ayude a recaudar fondos con su permiso. Usted tiene derecho a rechazar o a optar por no recibir comunicaciones relacionadas con la recaudación de fondos si previamente aceptó recibirlas. Tiene derecho a limitar las divulgaciones a las aseguradoras si ha pagado el servicio completamente de su bolsillo.

¿Cómo normalmente utilizamos o compartimos su información médica? Normalmente usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Te trato

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

***Ejemplo:** Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.*

Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información médica para administrar nuestra organización, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

***Ejemplo:** Utilizamos su información médica para gestionar su tratamiento y servicios.*

Factura por tus servicios

- Podemos usar y compartir su información médica para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades.

***Ejemplo:** Le proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague sus servicios.*

Recordatorios de citas

- Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita con nosotros o para notificarle sobre información relacionada con alternativas de tratamiento o beneficios relacionados con la salud que puedan interesarle.

***Ejemplo:** Si tiene una cita próxima con nosotros, podríamos usar su información de contacto para enviarle un mensaje recordatorio.*

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica? Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones establecidas por la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Ayuda con cuestiones de salud y seguridad pública

- Podemos compartir información de salud sobre usted en determinadas situaciones, como:
 - Prevención de enfermedades
 - Ayudamos con las retiradas de productos
 - Notificación de reacciones adversas a medicamentos
 - Cómo denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Para investigación

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Consentir con ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea verificar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos..

Trabaje con un médico forense o un director de funeraria

- Podemos compartir información de salud con un forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona muere.

Abordar las solicitudes de compensación de los trabajadores, de cumplimiento de la ley y de otros gobiernos.

- Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:
 - Para reclamos de compensación laboral
 - Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
 - Con los organizaciones de supervisión para las actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legale

- Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.
-

continúa en la página siguiente

Pautas Para Acceder y Manejar Sus Registros Médicos El condado de Sullivan exige que usted presente su solicitud de registros por escrito. Si solicita inspeccionar, recibir una copia o recibir un resumen de su historial médico, le responderemos dentro de los 10 días posteriores a la recepción de su solicitud. Es posible que tengamos que negarle el acceso a cierta información. Si lo hacemos, le daremos el motivo por escrito y le explicaremos cómo puede apelar la decisión. Si se aprueba su solicitud, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copia, envío o suministros asociados con su solicitud. No denegaremos su solicitud de historial médico debido a la incapacidad de pagar.

Aunque algunas leyes nos permiten **compartir** su información como se mencionó anteriormente sin su consentimiento, cumpliremos con las leyes federales o estatales más estrictas al divulgar su información. A menos que la ley nos lo exija, **no divulgaremos información** confidencial como salud mental, consumo de alcohol y drogas, VIH/SIDA y pruebas genéticas sin su autorización por escrito. Para otra información confidencial como embarazo, aborto e infecciones de transmisión sexual, cumpliremos con las leyes aplicables sobre la divulgación de su información. Hable con nosotros sobre cómo **compartimos** su información.

continúa en la página siguiente

Nuestras Obligaciones

- Estamos **obligados por ley** a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le **informaremos rápidamente** si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- Todos los empleados, contratistas y socios comerciales del condado deberán cumplir con este Aviso. Esto incluye a las personas que están autorizadas a ingresar información en su expediente o que necesitan revisar su expediente para brindarle servicios.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos lo permita por escrito. Si nos informa que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.
- El gobierno del condado de Sullivan está comprometido con una política de no represalias y no tomará represalias contra las personas que presenten quejas de buena fe.

Información importante sobre este aviso:

Fecha de Vigencia: 20 de Diciembre de 2024. Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se aplica a los siguientes Departamentos del Condado: Departamento de Servicios Sociales, Departamento de Servicios Comunitarios, Departamento de Salud Pública, Centro de Atención para Adultos, Oficina para el Envejecimiento, Gestión de Riesgos y Seguros.

Para obtener más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html