Department of Public Health
Form GC-090138

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

La Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA) requiere que el Departamento de Salud Publica de Georgia (DPH) para mantener la privacidad de su informacion de salud informarlo acerca de sus obligaciones legales y prckticas de privacidad con respecto a su informacion de salud a traves de este Aviso de Privacidad Practicas que notificar si hay una infraccion que implica su informacion medica protegida de acuerdo para restringir la divulgacion de su informacion de salud a su plan de salud si usted paga de su propio bolsillo en su totalidad por los servicios de salud, y cumplir con los terminos de este Aviso actualmente en efecto. Nos reservamos el derecho de cambiar los terminos de este Aviso en cualquier memento. El aviso se publicara en la pagina web del DPH en www.health.state.ga.us. Las copias de la Notificacion estan disponibles bajo peticion.

El Departamento de Salud Publica y los consejos comarcales de la Salud seguira este aviso.

COMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA

Tratamiento: Podemos usar o divulgar su informacion medica para proporcionarle tratamiento o servicios. Consejos de Salud del Condado de divulgar su informacion de salud a medicos, enfermeras y otro personal de la salud involucrados en su atencion. Por ejemplo, los consejos comarcales de la salud pueden compartir su informacion con los programas que participan en su cuidado de seguimiento, como los bebes no pueden esperar programa. Ademas, el Laboratorio de Salud Publica DPH devolvera resultados de las pruebas de laboratorio para la persona que ordeno las pruebas, y los resultados pueden ser utilizados para su tratamiento o atencion de seguimiento.

Pago: Podemos usar o divulgar su informacion medica para facturar y cobrar el pago por los servicios que recibe. Por ejemplo, su campania de seguro medico puede tener que proporcionar a su plan de salud con informacion sobre el tratamiento que recibio para que pueda hacer el pago o reembolso de los servicios proporcionados a usted.

Operaciones de atencion medica: Podemos usar y divulgar informacion acerca de usted para operaciones de atencion medica. Por ejemplo, nosotros podemos revisar el tratamiento y los servicios para evaluar el desempeno de nuestro personal en el cuidado de usted, y para determinar lo que debe proporcionar servicios adicionales.

Recordatorios de citas, llamadas de seguimiento: Podemos usar o revelar informacion medica sobre usted para recordarle una cita proxima o para comprobar en que despues de que haya recibido el tratamiento.

Personas que Participan en su Atencion: Si usted nose opone, podemos divulgar su informacion medica a unfamiliar, pariente o amigo cercano que este involucrado en su cuidado o ayuda en el cuidado de usted. Tambien podemos revelar informacion a alguien que ayude a pagar su atencion. Podemos revelar su informacion de saluda una organizacion el socorro en casos de desastre para ayudar a notificar a un familiar, pariente o amigo intimo de su condicion,

estado y ubicacion.

Negocios Asociadas: Podemos revelar su informacion a contratistas (socios de negocios) que prestan ciertos servicios a nosotros. Vamos a exigir estos socios comerciales para salvaguardar apropiadamente su informaci6n.

Actividades de salud publica: Podemos revelar su informacion de salud para actividades de salud publica, que incluyen: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; informes de abuso infantil o negligencia; reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos, o notificar a una persona de la retirada de productos, y notificar una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condicion.

Las victimas de abuso, negligencia o violencia domestica: Podemos revelar su informacion medica para notificar a las autoridades gubernamentales apropiadas si creemos que usted ha sido victima de abuso, negligencia o violencia domestica. Solo revelaremos esto si esta de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley o el reglamento.

Actividades de Vigilancia de Salud: Podemos divulgar su informacion medica a una agencia de supervision de la salud que esta autorizada para realizar auditorias, investigaciones, inspecciones, licencias y otras actividades necesarias para controlar el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las !eyes de derechos civiles.

Procedimientos judiciales y administrativos: Podemos revelar su informacion de salud si es ordenado a hacerlo por un tribunal judicial o administrative que esta manejando una demanda u otro conflicto. Tambien podemos revelar su informacion de salud en respuesta a una citacion, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, pero solo si se han hecho esfuerzos razonables para notificarle de la solicitud o para proteger la informacion de salud solicitada.

Aplicaci6n de la ley: Podemos revelar informacion medica a las autoridades a cumplir con una arden judicial, arden, citaci6n o proceso similar para identificar o localizar a un sospechoso, fugitive, testigo material o persona desaparecida sabre la victima de un delito en determinadas circunstancias si creemos una muerte como resultado de una conducta criminal para denunciar un delito que ocurre en nuestras instalaciones en caso de emergencia, para reportar un crimen, la ubicacion o las victimas de la delincuencia, o la identidad, descripcion y ubicaci6n de la persona que comete el delito.

Investigaci6n: Bajo ciertas circunstancias podemos utilizar o divulgar su informacion medica para la investigacion. En la mayoria de los cases, le pediremos su autorizacion por escrito antes de hacerlo. A veces, podemos usar o divulgar su informacion medica para la investigaci6n sin su autorizacion por escrito. En esos cases, el uso o divulgar su informacion medica sin su consentimiento seran aprobados por una Junta de Revision Institucional o Junta de Privacidad.

Jueces de instrucci6n, medico forense y Directores de Funerarias: Podemos revelar informaci6n medica a un medico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de la muerte. Tambien podemos revelar informacion medica a directores de funerarias segun sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

Para evitar una amenaza seria a la salud o a la seguridad: Podemos usar o revelar su informacion de salud si es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para su seguridad, otra persona o del publico en general. Solo revelaremos su informacion a una persona que puede prevenir o reducir la amenaza.

Seguridad e Inteligencia Nacional de Actividades y Servicios de Protecci6n para el Presidente: Podemos revelar su informacion medica a funcionarios federales autorizados la realizaci6n de otras actividades de inteligencia y seguridad nacional. Tambien podemos revelar su informacion de saluda oficiales federales autorizados para la prestacion de servicios de

proteccion al Presidente, otras personas autorizadas, jefes de estado extranjeros o para conducir investigaciones especiales.

Militares y veteranos: Podemos divulgar la informaci6n de salud del personal de las Fuerzas Armadas a las autoridades militares apropiadas para el cumplimiento de su misi6n militar. Tambien podemos revelar informaci6n medica sabre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras.

Presos: Si usted es un preso, podemos divulgar su informaci6n medica para el oficialde la ley o una instituci6n correccional que tenga custodia para brindarle atenci6n de salud, y para proteger su salud o seguridad o la de otros recluses o personas que participen en la supervisi6n o el transporte recluses.

Compensaci6n: Podemos revelar su informacion de salud para compensacion de trabajadores o programas similares que proveen beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo.

Como exige la ley: Divulgaremos su informaci6n medica cuando sea requerido porla ley.

Excepto en circunstancias limitadas, debemos obtener su autorizacion para 1) el uso o la divulgacion de notas de psicoterapia 2) cualquier uso o divulgacion de su informacion de salud para la comercializacion, y 3) la venta de su informacion medica. Si su informacion de salud tiene informacion relacionada con la salud mental, abuso de sustancias, o el VIH I SIDA, que estamos obligados por ley a obtener su consentimiento por escrito antes de revelar dicha informacion. Cualquier otro uso o divulgacion no mencionados en esta Notificacion se haran solo con su autorizacion por escrito, y usted puede revocar dicha autorizacion en cualquier momento. La revocacion debe ser por escrito, pero no se aplicara a declaraciones hechas en relacion con su autorizacion previa.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACION MEDICA

Derecho a inspeccionar y copiar: Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar sus archivos. Usted debe presentar su solicitud por escrito al funcionario de privacidad de la Privacy Officer, Office of the General Counsel, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street, N.W., 15th Floor, Atlanta, Georgia, 30303, y incluya su nombre, fecha de nacimiento, la seguridad social el numero y la ubicacion donde se recibieron los servicios si usted recibio servicios en un departamento de salud del condado local. Podemos negar su solicitud y, en algunas circunstancias, puede solicitar una revision de la negacion.

Derecho a solicitar una enmienda de su PHI: Usted puede solicitar que corrijamos informacion que tenemos sobre usted, por el tiempo que mantengamos esa informacion. Usted debe presentar su solicitud por escrito al Privacy Officer, Office of the General Counsel, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street, N.W., 15th Floor, Atlanta, Georgia, 30303, y incluya su nombre, fecha de nacimiento, la seguridad social numero, una razon que apoye su solicitud y la ubicacion en la que se recibieron los servicios si usted recibio servicios en un departamento de salud del condado local. Su solicitud puede ser denegada si: 1) la informacion no fue creada por nosotros, a menos que el creador de la informacion no esta disponible para hacer la enmienda solicitada, 2) la informacion nose mantiene por nosotros 3) la informacion no esta disponible para su inspeccion, o 4) la informacion sea exacta y completa.

Derecho a una Contabilidad de Revelaciones: Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de divulgaciones de su informacion medica hechas por nosotros en los seis alios anteriores a la fecha en que se solicita la contabilidad. El informe no incluira las divulgaciones 1) a usted oa su representante personal 2) hechas de conformidad con su autorizaci6n por escrito 3) hechas para tratamiento, pago u operaciones comerciales 4) hechos a sus amigos y familiares involucrados en su cuidado o pago de su cuidado 5) que fueron incidentales a usos o divulgaciones permitidos de su informacion de salud 6) de porciones limitadas de su

informacion de salud que excluye identificadores 7) a oficiales federales para actividades de seguridad nacional e inteligencia, y 8) a instituciones correccionales oa oficiales de la ley sobre reclusos. Para solicitar una contabilidad de divulgaciones, envie su solicitud por escrito al Privacy Officer, Office of the General Counsel, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street, N.W., 15th Floor, Atlanta, Georgia, 30303. Por favor, incluya su nombre, fecha de nacimiento, numero de seguro social, el periodo para el que se solicita la contabilidad, y ellugar donde se reciben los servicios si usted recibio servicios en un departamento de salud del condado local.

Derecho a solicitar restricciones: Usted puede solicitar que limitemos la manera en que usamos y divulgamos su informacion de salud para tratamiento, pago u operaciones de atencion medica. Tambien puede solicitar que limitemos como divulgar su informacion medica a unfamiliar, pariente o amigo cercano que participan en su cuidado o pago de su cuidado. No estamos obligados a aceptar su solicitud, pero silo hacemos, cumpliremos con su solicitud a menos que sea necesario un tratamiento de emergencia y se necesita la informacion para proporcionar el tratamiento de emergencia. Podemos terminar nuestro acuerdo a una restriccion una vez que le notificamos de la terminacion. Para solicitar una restriccion en el uso o divulgacion de su informacion de salud, por favor, envie su solicitud por escrito al Privacy Officer, Office of the General Counsel, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street, N.W., 15th Floor, Atlanta, Georgia, 30303. Por favor incluya su nombre, numero de seguro social y fecha de nacimiento, que informacion desea limitar, a los que desea aplicar la limitacion, y el lugar donde se reciben los servicios si usted recibio servicios en un departamento de salud del condado local.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Usted puede hacer solicitudes razonables para recibir comunicaciones de su informacion medica por medios alternatives o en lugares alternatives. Por ejemplo, puede solicitar ser contactado solo por correo y no por telefono. Para solicitar comunicaciones confidenciales, envie su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de la Privacy Officer, Office of the General Counsel, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street, N.W., 15th Floor, Atlanta, Georgia, 30303. Por favor incluya su nombre, numero de seguro social, fecha de nacimiento, como le gustarfa ser contactado, y el departamento de salud del condado local, donde usted recibi6 los servicios.

Derecho a recibir una copia impresa de este aviso: Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificacion, que podra solicitar en cualquier memento. Usted puede obtener una copia en papel escribiendo a Privacy Officer, Office of the General Counsel, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street N.W., 15th Floor, Atlanta, Georgia 30303.

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos han side violados, puede enviar una queja por escrito a Privacy Officer, Office of the General Counsel, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street N.W., 15th Floor, Atlanta, Georgia 30303. Tambien puede presentar una queja ante Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. No habra represalias por presentar una queja.

PARA MAS INFORMACION

Para mas informacion puede comunicarse con el DPH Privacy Officer, Office of the General Counsel a (404) 657-2700.

HIPAA Spanish

Client Signature Date: 06/17/2015