

## **DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE DEKALB AVISO DE LAS PRACTICAS PRIVADAS DE HIPPA**

### **NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

El departamento de Salud del condado de DeKalb (DCHD) es requerido por la ley federal y la ley del estado a mantener la privacidad de su información de salud protegido. “ Información de salud protegido” (PHI) es información sobre Ud., esta información incluye información demográfica, información sobre la salud o la condición mental y servicios del cuidado de salud que puede identificarle y información que relata a su pasado, presente y futuro. También estamos requeridos a darle este aviso sobre nuestras practicas de la privacidad, nuestras obligaciones legales, y sus derechos con respecto a su PHI. Tenemos que seguir las practicas de la privacidad descrito en este aviso mientras que esta vigente. Este aviso entre en uso a partir del 14 de Abril de 2003 y estará vigente hasta que lo reemplacemos.

Nosotros reservamos el derecho a cambiar nuestras practicas de la privacidad y las condiciones de este aviso en cualquiera momento, proveido que tales cambios son permitidos por la ley aplicable. Reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras practicas de la privacidad y las nuevas condiciones de nuestro aviso en vigencia para toda PHI que mantenemos, incluye PHI que creamos o recibimos antes de que hicimos los cambios. Antes de que hacemos un cambio significado en nuestras practicas de la privacidad, cambiaremos este aviso y haremos el aviso nuevo disponible a petición de los interesados.

Para más información sobre nuestras practicas de la privacidad o para copias adicionales de este aviso, favor de contactarnos usando la informadción al fin de este aviso.

### **USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE LA SALUD PROTEGIDO**

Usamos y revelamos PHI sobre Ud. para tratamiento, pago y operación del cuidado de salud. Los siguiente son ejemplos de los clases de usos y revelaciones que estamos permitidos hacer.

**TRATAMIENTO:** Podemos usar o revelar su PHI a doctores u otros proveedores del cuidado de salud que le provee tratamiento. Si Ud. tiene un amigo o pariente con quien Ud. se ha identificado con respeto a siendo incluido en su cuidado, podemos darles PHI sobre Ud.

**PAGO:** Podemos usar y revelar su PHI para obtener pago para los servicios del cuidado de salud con que le hemos proveido a Ud. Las actividades de los pagos pueda incluir el procesamiento de las reclamaciones, la determinación de su elegibilidad o cobertura para la submisión de las reclamaciones. Por ejemplo, podemos mandar PHI a Medicaid, Medicare o su compañía de seguro para obtener pagos para servicios.

**OPERACIONES DEL CUIDADO DE SALUD:** Podemos usar y revelar su PHI en conexión con nuestras operaciones del cuidado de salud. Por ejemplo, podemos usar su PHI para determinar la cualidad del cuidado proveido a nuestros clientes. Habrá momentos cuando podemos usar su PHI a recordarle de una citas quen Ud. tiene con nosotros. En las operaciones del cuidado de salud, podemos revelar PHI a asociados de negocios con quienes tenemos acuerdos escritos que contienen las condiciones para proteger la privacidad de su PHI.

**AUTORIZACIÓN:** Ud. nos puede dar autorización escrita para usar su PHI o para revelarla a otra persona y para los propósitos que Ud. designe. Si Ud. nos da una autorización, Ud. puede retirarlo por escrito en cualquier momento. Su retirada no afectará ningún uso o revelaciones permitidos por su autortización mientras que entrara en uso. A menos que Ud. nos de una autorización escrita, no podemos usar o revelar su PHI para ninguna razón menos que cuyas descritas en este aviso. Haremos revelaciones de cualesquiera notas psicoterapias que tenemos solo si Ud. nos provee con autorización escrita especifica o cuando la revelación es requerido por la ley.

---

Un “ asociado de negocio” es una person o entidad que realiza o ayuda el Departamento de Salud del Condado de DeKalb con una actividad que involucra el uso o revelación de información medica que es protegida bajo la Reglas de la privacidad

**AUTORIZACIÓN:** Ud. nos puede dar autorización escrita para usar su PHI o para revelarla a otra persona y para los propósitos que Ud. designe. Si Ud. nos da una autorización, Ud. puede retirarlo por escrito en cualquier

momento. Su retirada no afectará ningún uso o revelaciones permitidos por su autorización mientras que entrara en uso. A menos que Ud. nos de una autorización escrita, no podemos usar o revelar su PHI para ninguna razón menos que las descritas en este aviso. Haremos revelaciones de cualquieras notas psicoterapias que tenemos solo si Ud. nos provee con autorización escrita específica o cuando la revelación es requerido por la ley.

**REPRESENTANTES PERSONALES:** Relevaremos su PHI a su representante personal cuando el representante personal ha sido apropiadamente designado por Ud. la existencia del representante personal es documentado a nosotros por escrito por medio de una autorización escrita

**AUXILIO DE CATÁSTROFE:** Podemos usar o revelar su PHI al público o una entidad privacidad autorizada por la ley o por su estatuto para asistir en los esfuerzos del auxilio de catastrophe.

**SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD:** Podemos usar o revelar su PHI para contactarle a Ud. con información sobre tratamientos alternativos o beneficios que puede interesarle

**BENEFICIOS PUBLICOS:** Podemos usar o revelar su PHI como autorizado por la ley para los siguientes propósitos considerados ser en el interés del público o beneficio

\*como requerido por la ley

\* para las actividades publicas de salud, incluyendo enfermedades y el reportaje estadística vital, el reportaje del abuso de niños, los propósitos de supervisión de cierta administración de drogas y comida con respeto a un producto regulado o actividad con respeto al FDA, y a los empleadores con respeto a enfermedad o herida relacionado con el trabajo requerido bajo el Acta de Seguridad y Salud Ocupacional(OSHA) u otras leyes similares

- a reportar abuso del adulto, negligencia o violencia doméstica
- a agencias de la supervisión de salud
- en respuesta a ordenes de corte y de administración y otros procesos legales
- a fuerzas oficiales de la ley de acuerdo con las citaciones y otros procesos legales con respeto a las victimas del crimen, muertes sospechosas, crímenes en nuestro local, reportando crímenes en unas emergencias, y para el proposito de identificar o localizar un sospechoso u otra persona;
- a alejar una amenaza seria a la salud o seguridad
- a los oficiales militares y federales para inteligencia legal, contrainteligencia y actividades de seguridad nacional
- a instituciones con respeto a los prisioneros
- como autorizado por y al punto necesario para cumplir con la leyes de compensacion de trabajador del estado
- al forense, examinadores medicos y directores del funeral

**INVESTIGACIÓN Y RECAUDAR FONDOS:** El departamento de salud no se involucra en las investigaciones, mercadotecnia, o actividades de recaudar fondos.

**LEY DE ILLINOIS:** La ley de Illinois tiene ciertas requisitos que gobiernan el uso o revelacion de su PHI. Para que podemos ofrecer informacion sobre el tratamiento de salud mental, informacion general, estado de su enfermedad (SIDA/VIH) y alcohol o tratamiento de abuso de drogas, se requiere a Ud. a firmar un formulario de autorización a menos que el estado nos permita a hacer el clase específica del uso o revelacion sin su autorizacion. Esta autorización tiene que ser por escrito y tiene que ser rescindido por escrito.

## **DERECHOS INDIVIDUALES**

Ud. nos puede contactar usando la información al fin de este aviso para obtener los formularios descritos aqui, explicaciones de cómo someter una petición u otra información adicional.

**ACESO:** Puede tener el derecho, con excepciones limitadas a ver u obtener copias de su PHI conteniendo en un archivo designado. Un "archivo designado" contiene archivos medicos y información de cuenta que mantenemos. Ud. Tiene que hacer una petición por escrito para obtener acceso a su PHI y puede Ud. obtener un formulario de petición de nosotros. Si negamos su petición, proveeremos a Ud. una explicación escrita y diremos a Ud si la razón para el rechazo puede ser revisado y como pedir tal reviso o si el rechazo no se puede revisar.

**Revelaciones de Contabilidad:** Usted tiene el derecho a recibir una lista de casos desde el 14 de abril de 2003, cuando nosotros y nuestros asociados de negocios revelaron su PHI para propósitos diferentes del tratamiento, pago, operaciones del cuidado de salud, o como autorizado por Ud. y para ciertas otras actividades. Si Ud. pide esta información de contabilidad más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un precio razonable para responder a estas peticiones adicionales. Le proveeremos a Ud. con más información sobre la estructura del precio a su petición.

**Restricciones:** Ud. tiene el derecho a pedir que pongamos restricciones adicionales en nuestro uso o revelación de su PHI. No se requieren que consentiremos en estas restricciones adicionales (menos que en una emergencia). Cualquier consentimiento que hagamos para pedir restricciones adicionales tiene que ser por escrito, firmado por la persona autorizada a hacer tal consentimiento de parte de nosotros. No estaremos obligados a menos que el consentimiento sea por escrito.

**Comunicación Confidencial:** Ud. tiene el derecho a pedir que comuniquemos con Ud. sobre su PHI por medios alternativos o lugares alternativos. Tiene que hacer su petición por escrito. Tenemos que acomodar su petición si es razonable y especifique los medios alternativos o el lugar.

**Enmendamientos:** Ud. tiene el derecho, con excepciones limitadas, a pedir que enmendemos su PHI. Su petición tiene que ser por escrito, y Ud. tiene que explicar porqué se debe enmendar la información. Podemos negar su petición si no hubiésemos creado la información que quería Ud. enmendar y el autor aún es disponible o para ciertas otras razones. Si negamos su petición le proveemos a Ud. con una explicación escrita. Usted puede responder con una declaración de desacuerdo que se pueda agregar a la información que quería enmendar. Si aceptamos su petición de enmendar la información, haremos esfuerzos razonables para informar a otros, incluyendo las personas que Ud. nombre del enmendamiento y para incluir los cambios en revelaciones futuras de esa información

**Derecho a recibir una copia del aviso:** Puede pedir una copia de nuestro aviso en cualquier momento contactando al oficial privado o usando nuestro website [www.dekalbcountyhealthdepartment.org](http://www.dekalbcountyhealthdepartment.org). Si Ud. recibe este aviso en nuestro website o por correo electrónico( email) Ud. también tiene el derecho a pedir una copia del aviso

## **PREGUNTAS Y QUEJAS**

Si Ud. quiere más información sobre nuestras practicas de privacidad o si tiene preguntas or preocupaciones, favor de contactarnos usando la información al fin de este aviso

Si a Ud. le preocupa que hemos violado sus derechos de privacidad, Ud. puede quejar a nosotros usando la información al fin de este aviso. Usted también puede someter una queja escrita al Departamento De Salud y Servicios Humanos de los E.E.U.U; ver información en su web site: [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov). Si Ud. pide, le proveeremos con la dirección para presentar su queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los E.E.U.U.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su PHI. Nosotors no tomamos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los E.E.U.U.

Contacte: Oficial de Privacidad  
Departamento de Salud del Condado de DeKalb  
2550 N. Annie Glidden Rd.  
DeKalb, IL 60115  
(815) 758-6673