



Gobierno Unificado
Departamento de Salud Pública
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
Fecha de Vigencia: 14 de Abril del 2003

GENERALIDADES: Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y revelada y cómo usted puede obtener acceso a esta información. *Por favor revísela con cuidado.*

Para el objeto de este Aviso "nosotros" y "nuestro" se refieren al Departamento de Salud del Gobierno Unificado y "usted" o "su" se refieren a nuestros pacientes (o sus representantes legales según sea determinado por nosotros conforme a la ley de Consentimiento informado de Kansas). Cuando usted recibe servicios de cuidado de la salud de parte nuestra, obtendremos acceso a su información médica (por ejemplo, su historial clínico).

La ley de Kansas y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) requieren que mantengamos la confidencialidad de todos sus registros de cuidado de la salud y otra información de salud individualmente identificable usada por, o revelada a nosotros en cualquier forma, ya sea electrónicamente, en papel u oralmente (Información de Salud Protegida, "ISP"). HIPAA es una ley federal que le da nuevos derechos significativos para entender y controlar cómo es usada su información de salud. HIPAA y la ley de Kansas contemplan penas para las entidades cubiertas y los propietarios de registros, respectivamente, que empleen mal o revelen incorrectamente la ISP.

A partir del 14 de abril del 2003, HIPAA requiere que le brindemos este Aviso de nuestros deberes legales y las prácticas de privacidad que debemos seguir cuando usted viene por primera vez a nuestra oficina para servicios de cuidado de la salud. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, por favor póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad en:

Gobierno Unificado del Condado de Wyandotte Kansas City Kansas
Departamento de Salud Pública
ATTN: Maria Salas, Oficial de Privacidad HIPAA
619 Ann Avenue
Kansas City, KS 66101
(913) 573-6732, Línea directa
(913) 573-6755, Fax
msalas@wycokck.org

Nuestro Compromiso en cuanto a su Información Médica

Cada vez que visita un hospital, un médico u otro proveedor de cuidado de la salud, se crea un registro de su visita. Por lo general este registro contiene sus síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento, un plan para su futuro cuidado o tratamiento e información relacionada con la facturación. Tales registros son necesarios para que el proveedor de cuidado de la salud pueda brindarle un cuidado de calidad y cumplir con ciertas exigencias legales.

Estamos comprometidos a proteger la confidencialidad de nuestros registros que contienen información suya. Este aviso se aplica a todos los registros de su cuidado creados o recibidos por el Departamento de Salud Pública del Gobierno Unificado. Otros proveedores de cuidado de la salud de quien usted obtiene cuidado y tratamiento pueden tener políticas o avisos diferentes en cuanto al empleo y revelado de su información de salud creada o recibida por ese proveedor. También, los planes de salud en los cuales participa usted pueden tener diferentes políticas o avisos con respecto a la información que ellos reciben sobre usted.

Este aviso le informará sobre los modos en los cuales podemos usar y revelar su información de salud. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos en cuanto al empleo y revelado de información de salud.

La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información de salud; darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad y hacer un esfuerzo de buena fe para obtener su Reconocimiento de haber recibido este aviso y seguir los términos del aviso que actualmente está en vigencia.

Sus Derechos en cuanto a su Información de Salud

Tiene el derecho de obtener, en cualquier momento, una copia en papel de este aviso solicitándolo a nuestro Oficial de Privacidad. También, tiene los siguientes derechos adicionales en cuanto a la ISP que mantenemos sobre usted:

Para Inspeccionar y Copiar: Tiene el derecho de ver y obtener una copia de su ISP incluyendo, pero no limitado a, registros médicos y de facturación sometiendo una petición escrita a nuestro Oficial de Privacidad. Los registros originales no saldrán de nuestro establecimiento, estarán disponibles para inspección sólo durante nuestros horarios regulares y sólo si nuestro Oficial de Privacidad está presente en todo momento. Puede pedirnos que le demos copia en un formato distinto a fotocopias (y nosotros lo haremos salvo que determinemos que se impráctico) o pedirnos que preparemos un resumen en lugar de las copias. Podemos cobrarle una tarifa que no exceda la ley de Kansas para recuperar nuestros costos (incluyendo sellos postales, suministros y el tiempo del personal como sea aplicable, pero excluyendo el tiempo del personal para la búsqueda y obtención) para duplicar o resumir su ISP. No condicionaremos la liberación de las copias o el resumen al pago pendiente por servicios profesionales (si es que tiene alguno), pero podemos condicionar la liberación de las copias o resumen al pago de la tarifa del copiado. Responderemos a las solicitudes de manera oportuna, sin retraso para revisión legal, en menos de treinta días si son presentadas en un formulario escrito u otra forma, y en diez días laborables o menos si está involucrada una litigación por mala práctica o producción previa a juicio. Podemos negar su petición en ciertas circunstancias limitadas (por ejemplo, no tenemos la ISP, ésta vino de una fuente confidencial, etc.). Si negamos su petición, puede pedir una revisión de esa decisión. De ser requerido por la ley, seleccionaremos a un profesional de cuidado de la salud autorizado (distinto a la persona que negó su petición inicialmente) para revisar la negación y seguiremos su decisión. Si seleccionamos a un profesional del cuidado de la salud autorizado que no está afiliado con nosotros, aseguraremos que se ejecute un acuerdo de Socio de Negocio que previene la vuelta a revelar de su ISP sin su Consentimiento por el profesional externo.

Para Solicitar Enmienda/Corrección: Si piensa que la ISP que tenemos sobre usted es incorrecta, o que falta algo importante en sus registros, puede pedirnos que la enmendemos o corrijamos (siempre y cuando la tengamos) presentando una Petición de Enmienda/Corrección a nuestro Oficial de Privacidad. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias (por ejemplo, no es por escrito, no expresa la razón de por qué quiere el cambio, no creamos la ISP que quiere cambiar y la entidad que la hizo puede ser contactada), fue compilada para el empleo en un litigio o determinamos que es exacta y completa).

Para Informe sobre Datos Revelados: Puede pedirnos una lista de quienes han obtenido su ISP de parte nuestra presentando una Petición de Informe sobre Datos Revelados. La lista no cubrirá algunas revelaciones (por ejemplo, la ISP dada a usted, dada a su representante legal, dada a otros para tratamiento, pago o propósitos de operaciones de cuidado de la salud). Su petición debe expresar de qué forma quiere la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente) y el período de tiempo que quiere que cubramos, que puede ser hasta, pero no más

de los últimos seis años (excluyendo fechas anteriores al 14 de abril del 2003). Si nos pide esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable, basada en el costo para responderle, en cuyo caso le informaremos del costo antes de que incurramos en ello y le dejaremos escoger si quiere retirar o modificar su petición para evitar el costo.

Para Solicitar Restricciones: Puede pedir limitar cómo es usada y revelada su ISP (por ejemplo, además de nuestras reglas expuestas en este Aviso) presentándonos por escrito un formulario de Petición de Restricciones para el Uso /Revelado (por ejemplo, usted puede no querer que revelemos su cirugía a miembros de la familia o amigos involucrados en pagar nuestros servicios o prestar cuidado domiciliario). Si estamos de acuerdo con estas limitaciones adicionales, las seguiremos excepto en caso de emergencia donde no tendremos tiempo para comprobar si hay limitaciones. También, en algunas circunstancias no podremos conceder su petición (por ejemplo, la ley requiere que usemos o revelemos su ISP en una manera que usted quiere restringir; usted firmó un formulario de Autorización, el cual usted puede revocar, que nos permite revelar su ISP en una forma que usted quiere restringir; en caso de emergencia).

Para Solicitar Comunicaciones Alternas: Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de un modo diferente o en un lugar diferente presentándonos por escrito un formulario de Petición de Comunicación Alternativa. No le preguntaremos por qué y acomodaremos toda petición razonable (incluyendo, por ejemplo, enviar recordatorios de citas en sobres cerrados en lugar de postales, enviar su ISP a una casilla postal en lugar de su domicilio particular, comunicarnos con usted a un número telefónico distinto que el número de su casa). Debe decirnos el medio alternativo o la ubicación que quiere que usemos y explicarnos a nuestra satisfacción cómo se nos harán los pagos si nos comunicamos con usted en la manera solicitada.

Para Quejarse u Obtener Más Información: Seguiremos nuestras reglas como han sido expuestas en este Aviso. Si quiere más información o si cree que sus derechos de privacidad han sido violados (por ejemplo, discrepa con una decisión nuestra sobre la inspección/copia, enmienda/corrección, informe de datos revelados, restricciones o comunicaciones alternas), queremos hacerlo correctamente. Nunca le penalizaremos por presentar una queja.

Para hacerlo, por favor presente una queja formal, escrita dentro de los 180 días ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles:

U.S. Department of Health & Human Services
Office of Civil Rights
200 Independence Ave., S.W.
Washington, D.C. 20201
(877) 696-6775 (línea gratuita)

O, preséntenos una queja escrita al Gobierno Unificado del Condado de Wyandotte a la siguiente dirección:

Unified Government of Wyandotte County Kansas City Kansas
Public Health Department
619 Ann Avenue
Kansas City, KS 66101
Atención: Oficial de Privacidad HIPAA

Estas prácticas de privacidad serán efectivas el 14 de Abril de 2003, y permanecerán en efecto hasta que las sustituyamos como se especificó anteriormente.

Cómo podemos usar y Revelar su Información de Salud Protegida

Conforme a la ley, debemos tener su firma en un formulario de Consentimiento escrito y fechado y/o un formulario de Autorización antes que usemos y revelaremos su ISP para ciertos propósitos como se detalla en las siguientes reglas.

Documentación: Se le pedirá firmar un formulario de Consentimiento y/o un formulario de Autorización cuando reciba este Aviso de Prácticas de Privacidad. Si no firmó dicho formulario o necesita una copia del que firmó, por favor póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad. Puede retomar o revocar su Consentimiento o Autorización en cualquier momento (a no ser que nosotros ya hayamos actuado en base a ello) presentándonos nuestro formulario de Revocación por escrito a nuestra dirección citada anteriormente. Su revocación tendrá efecto en cuanto de hecho la recibamos. No podemos darle un efecto retroactivo, por lo tanto no afectará ningún uso o revelación que haya ocurrido en base a su Consentimiento o Autorización otorgado previo a la revocación (por ejemplo, si después de que le proporcionamos servicios, usted revoca su Autorización o Consentimiento para prevenir que facturemos o cobremos por esos servicios, su revocación no tendrá ningún efecto porque nos basamos en su Autorización o Consentimiento para proporcionar servicios antes de que usted lo revocara).

Regla General: Si no firma nuestro formulario de Consentimiento o si lo revoca, como regla general (sujeto a excepciones descritas más adelante bajo la "Regla para el Tratamiento, Pago y Operaciones del Cuidado de la Salud " y "Reglas Especiales"), no podemos de ninguna manera usar o revelar a alguien (excluyendo a usted, pero incluyendo a pagadores y Socios de Negocio) su ISP o cualquier otra información en su registro médico. Conforme a la ley de Kansas, no podemos presentar reclamos a pagadores bajo las asignaciones de beneficios sin su firma en nuestro formulario de Consentimiento. No condicionaremos el tratamiento a su firma de la Autorización, pero podríamos tener que rechazarlo como nuevo paciente o discontinuarlo como paciente activo si decide no firmar el Consentimiento o revocarlo.

Regla para el Tratamiento, Pago y Operaciones del Cuidado de la Salud: Con su Consentimiento firmado, podemos usar o revelar su ISP:

- Para proporcionarle o coordinar tratamiento y servicios del cuidado de la salud. Por ejemplo, podemos revisar su historial clínico para formular un diagnóstico y un plan de tratamiento, consultar con otros doctores sobre su cuidado, delegar tareas al personal auxiliar, ordenar sus medicamentos a su farmacia, revelar información necesaria a su familia u otros para que ellos puedan ayudarle con el cuidado domiciliario, hacer citas con otros proveedores del cuidado de la salud, programarle pruebas de laboratorio, etc.;
- Para facturar o cobrar el pago de parte suya, una compañía de seguros, una organización de cuidado administrado, un plan de beneficios de salud u otra tercera parte. Por ejemplo, podemos tener que verificar su cobertura de seguro, presentar su ISP en formularios de reclamación para que nos reembolsen nuestros servicios, obtener estimados de pretratamiento o Autorizaciones previas de su plan de salud o proporcionar sus rayos X porque su plan de salud los requiere para el pago; o
- Para operar nuestra oficina, evaluar la calidad del cuidado que nuestros pacientes reciben y proveerle con atención al cliente. Por ejemplo, para mejorar la eficiencia y reducir gastos asociados con citas perdidas, podemos ponernos en contacto con usted por teléfono, por correo o de otra manera recordarle sus citas previstas, podemos dejar mensajes con cualquiera que conteste su teléfono o enviarle un correo electrónico para ponerse en contacto con nosotros (pero no daremos a conocer la ISP detallada), podemos llamarle por su nombre desde la sala de espera, podemos pedirle que ponga su nombre sobre una hoja de registro, podemos mencionarle o recomendarle productos relacionados con la salud y tratamientos complementarios o alternativos que pueden interesarle, podemos revisar su ISP para evaluar el desempeño de nuestro personal, o nuestro oficial de privacidad puede revisar sus registros o asistirle en caso de tener alguna queja. Si prefiere que no nos pongamos en contacto con usted para recordarle citas o para brindarle información sobre alternativas de tratamiento o productos y servicios relacionados con la salud, por favor notifíquenos por

escrito en nuestra dirección citada anteriormente y no usaremos o revelaremos su ISP para estos propósitos.

Reglas Especiales: No obstante todo lo demás contenido en este Aviso, sólo conforme a la ley aplicable, y en circunstancias estrictamente limitadas, podemos usar o revelar su ISP sin su permiso, Consentimiento o Autorización para los siguientes propósitos:

- Cuando sea requerido bajo ley federal, estatal o local.
- Cuando sea necesario por motivos de salud pública (por ejemplo, prevención o control de enfermedad, lesión o discapacidad; reporte de información como reacciones adversas a anestesia; medicamentos o productos ineficaces o peligrosos; sospecha de abuso, negligencia o explotación de niños, adultos discapacitados o ancianos; o violencia doméstica);
- Para actividades de supervisión del cuidado de la salud del gobierno federal o estatal (por ejemplo, leyes de derechos civiles, investigaciones de fraude y abuso, auditorías, investigaciones, inspecciones, emisión de licencias o permisos, programas de gobierno, etc.);
- Para procedimientos judiciales y administrativos y propósitos de aplicación de la ley (por ejemplo, en respuesta a una autorización, citación u orden judicial; proporcionando la ISP a jueces de primera instancia, médicos forenses y directores de funerarias para localizar a una persona desaparecida, identificar a personas fallecidas o determinar la causa de muerte);
- Para propósitos de compensación laboral (por ejemplo, podemos revelar su ISP si usted ha reclamado beneficios de salud por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo);
- Para propósitos del servicio de inteligencia, contrainteligencia u otros de seguridad nacional (por ejemplo, la oficina de Asuntos de Veteranos, comando militar de Estados Unidos, otras autoridades de gobierno o autoridades militares extranjeras pueden requerir que liberemos su ISP);
- Para donación de órganos o tejidos (por ejemplo, si es un donante de órgano podemos brindarle su ISP a organizaciones que manejan la obtención, donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos);
- Para proyectos de investigación aprobados por una Junta de Revisión Institucional o una junta de privacidad que asegure la confiabilidad (por ejemplo, si el investigador tendrá acceso a su ISP debido a que se encuentra involucrado en su cuidado clínico, le pediremos a usted que firme una Autorización);
- Para crear una colección de información que es "sin identificación" (por ejemplo, no le identifica personalmente a usted por su nombre, marcas distintivas u otra forma y que ya no puede ser relacionada con usted);
- Para los familiares, amigos y otros, pero sólo si usted da el permiso verbalmente; le damos una oportunidad de oponerse y no lo hace; razonablemente asumimos, en base en nuestro juicio profesional y las circunstancias dadas, que usted no objeta (por ejemplo, trae a alguien con usted al cuarto de examen durante el tratamiento o a la sala de conferencias cuando estamos discutiendo su ISP);

razonablemente deducimos que es para su propio beneficio (por ejemplo, permitir que alguien recoja sus registros porque sabía que usted era nuestro paciente y usted les pidió por escrito con su firma hacerlo así; o es una situación de emergencia en la que están involucrados usted u otra persona (por ejemplo, su hijo menor de edad o persona a su cargo) y, respectivamente, usted no puede Consentir a su cuidado porque está incapacitado para hacerlo o no puede Consentir al cuidado de la otra persona porque, después de un esfuerzo razonable, no hemos podido localizarle. En estas situaciones de emergencia, basado en nuestro juicio profesional y las circunstancias dadas, podemos determinar que la revelación de datos es para su propio beneficio o de la otra persona, en cuyo caso revelaremos la ISP, pero sólo si tiene que ver con el cuidado siendo proporcionado y le notificaremos de la revelación en cuanto sea posible después de completarse el cuidado.

Regla Mínima Necesaria: Nuestro personal no usará o tendrá acceso a su ISP salvo que sea necesario para hacer su trabajo (por ejemplo, los doctores no involucrados en su cuidado no tendrán acceso a su ISP; el personal clínico auxiliar que lo atiende no tendrá acceso a la información de su facturación; el personal de facturación no tendrá acceso a su ISP excepto según sea necesario para completar el formulario de reclamación para la última visita; el personal de limpieza no tendrá acceso a su ISP). También, revelamos a otras personas fuera de nuestro personal sólo lo necesario de su ISP para cumplir con los propósitos legales del receptor. Por ejemplo, podemos usar y revelar el contenido entero de su registro médico:

- A usted (y sus representantes legales como fue declarado anteriormente) y a toda otra persona que usted nombre en un Consentimiento o Autorización para recibir una copia de sus registros;
- A proveedores de cuidado de la salud para propósitos de tratamiento (por ejemplo, tomar decisiones de diagnóstico y tratamiento o acordar recomendaciones previas del registro médico);
- Al Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de Estados Unidos (por ejemplo; en conexión con una queja del HIPAA);
- A otros según sea requerido bajo la ley federal o de Kansas;
- A nuestro oficial de privacidad y otros según sea necesario para resolver su queja o llevar a cabo su petición bajo HIPAA (por ejemplo, los empleados que copian los registros necesitan acceder a su registro médico completo).

Conforme a la ley, suponemos que la petición de revelación de ISP de otra Entidad Cubierta (como se define en HIPAA) es por la cantidad mínima necesaria de ISP para lograr el propósito del solicitante. Nuestro oficial de privacidad revisará individualmente los pedidos inusuales o no recurrentes de ISP para determinar la mínima cantidad necesaria de ISP y revelar sólo esa. Para los pedidos o revelados no rutinarios, el Oficial de Privacidad del Plan hará una determinación mínima necesaria basada en, pero no limitada a, los siguientes factores:

- La cantidad de información que está siendo revelada;

- El número de individuos o entidades a quien se le está revelando la información;
- La importancia del uso o de la revelación;
- La probabilidad de posteriores revelaciones;
- Si el mismo resultado podría ser alcanzado con la información “sin identificación”;
- La tecnología disponible para proteger la confidencialidad de la información; y
- El costo para implementar los procedimientos administrativos, técnicos y de seguridad para proteger la confidencialidad.

Si creemos que un pedido de otros entes para la revelación de su registro médico entero es innecesario, preguntaremos al solicitante que documente por qué esto es necesario, conservaremos esa documentación y se la daremos a usted si lo solicita.

Regla de Revelado Incidental: Tomaremos razonables medidas de control administrativo, técnico y de seguridad para garantizar la privacidad de su ISP cuando la usemos o revelemos (por ejemplo, requerimos que los empleados hablen en un tono de voz suave cuando discutan su ISP con usted, usamos contraseñas de computadora y las cambiamos periódicamente (por ejemplo, cuando un empleado deja de trabajar con nosotros), permitimos al acceso a áreas donde la ISP es almacenada o archivada sólo cuando estamos presentes para supervisar y prevenir el acceso no autorizado).

Regla de Socios de Negocio: Los Socios de Negocio y otros terceros (si hay alguno) que reciben su ISP de parte nuestra tendrán prohibido revelarla de nuevo a no ser que sea requerido por la ley o usted dé el Consentimiento expreso escrito previo al nuevo revelado. Nada en nuestro acuerdo de Socios de Negocio permitirá que nuestro Socio de Negocio viole esta prohibición de nueva revelación.

Cambios a la Regla de Política de Privacidad: Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad (cambiando los términos de este Aviso) en cualquier momento según sea autorizado por la ley. Los cambios se harán efectivos inmediatamente después de que los realicemos. Los cambios se aplicarán a toda la ISP que creamos o recibamos en el futuro, así como a toda la ISP creada o recibida por nosotros en el pasado (por ejemplo, la ISP sobre usted que nosotros teníamos antes de que los cambios tomaran efecto). Si hacemos cambios, pondremos el Aviso modificado, con su fecha de vigencia, en nuestra oficina. También, a pedido, le darán una copia de nuestro Aviso vigente.

Regla de Autorización: No usaremos o revelaremos su ISP para ningún propósito o a ninguna persona que no sea el o la declarada en las reglas anteriormente mencionadas sin su firma en un formulario de Autorización escrito, expresamente redactado (no un Consentimiento o un Reconocimiento). Si necesitamos su Autorización, debemos obtenerla en nuestro formulario de Autorización, que es separado de cualquier Consentimiento o Reconocimiento que podamos haber obtenido de usted. No condicionaremos el tratamiento a que firme (o no) la Autorización.

