

Este aviso describe cómo la información suya puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información.

Por favor revíselo con cuidado

Si usted tiene preguntas sobre este aviso, por favor comuníquese con South Central Public Health District (SCPHD) Oficial de privacidad al 208-737-5936.

Usted puede solicitar una copia de este aviso a cualquier hora. Las copias de este aviso están disponibles en cualquier de las oficinas del Distrito. Este aviso también está disponible en el sitio web del Distrito en www.phd5.idaho.gov.

El propósito de este aviso

Este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad describe cómo el SCPHD manipula información confidencial, siguiendo los requisitos estatales y federales. Todos los programas en el Distrito pueden compartir su información confidencial entre sí cuando es necesario para proveerle beneficios o servicios y en el oficio normal de la agencia. El Distrito también puede compartir su información confidencial con otros fuera del Distrito cuando sea necesario para proveerle beneficios o servicios.

Nosotros estamos dedicados a proteger su información confidencial. Nosotros creamos registros de los beneficios o servicios que usted recibe por parte del Distrito. Necesitamos estos registros para ofrecerle calidad de cuidado y servicios. También necesitamos estos registros para seguir las diferentes leyes locales, estatales y federales.

Se nos requiere que:

- usemos y divulguemos información confidencial como lo requiere la ley;
- mantengamos la privacidad de su información;
- para su información le demos este aviso de nuestros deberes legales y de las prácticas de privacidad; y
- sigamos los términos de este aviso que está actualmente en efecto.

Este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad no afecta su elegibilidad para beneficios o servicios.

Sus derechos sobre su información confidencial

1. El Derecho de Revisar y Copiar

- Usted tiene el derecho de pedirnos su información para revisarla y copiarla como permite la ley.
- Si a usted le gustaría revisar y copiar su información, por favor, ponga su solicitud en escrito y tráigala a la oficina del Distrito. El Distrito le responderá dentro

de 10 días hábiles del recibo de su solicitud. El Distrito puede extender el tiempo que toma para responderle con 10 días hábiles adicionales si la información que usted solicitó no se puede localizar o no se puede obtener dentro de los 10 días originales. A usted se le enviará un aviso sobre la extensión y la razón por la extensión.

- Si pide recibir una copia de la información, nosotros tal vez asignemos un cobro, Si pide 100 páginas o más de nuestros registros, el cobro será de 5 centavos por página.
- A usted de le informará si existe información que nos previene que legalmente le demos a usted.

2. El Derecho de Cambiar Información

- Usted tiene el derecho de pedirnos que hagamos cambios a su información de salud si cree que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o no está complete.
- Si a usted le gustaría pedirle al Distrito que cambie su información de salud, por favor, ponga su solicitud en escrito y tráigala a la oficina del Distrito. El Distrito le responderá dentro de 20 días.
- Nosotros tal vez neguemos su solicitud si nos pide que cambiemos información que:
 - No fue creada por el Distrito
 - No es parte de la información que es mantenida por o para el Distrito
 - No es parte de la información que usted podría revisar y copiar; o
 - Nosotros determinamos que es correcta y completa

3. El Derecho de Restringir la Divulgación de Información sobre la Salud

- Usted tiene el derecho de pedirnos que no compartamos su información sobre la salud para su tratamiento o servicios, o para el uso normal de la agencia. Usted debe decirnos qué información es la que usted no desea que compartamos y con quién no debemos compartirla.
- Si le quiere pedir al Distrito que no comparta su información, por favor, ponga su solicitud en escrito y tráigala a la oficina del Distrito. El Distrito le responderá dentro de 10 días.
- Si decidimos seguir su pedido, nosotros lo cumpliremos a menos que la información sea necesaria para darle tratamiento de emergencia, o hasta que usted termine la restricción.

4. El Derecho a un Medio Alternativo de Envío

- Usted tiene el derecho de pedirnos que enviemos su información a una dirección diferente o por un medio alternativo de comunicación.

- Si quiere pedir un medio alternativo de envío para su información notifique al personal del programa de SCPHD. Nosotros no le preguntaremos la razón de su pedido,
- Los pedidos razonables serán aprobados.

5. El Derecho a un Reporte de las Divulgaciones sobre la Información de la Salud

- Usted tiene el derecho de pedir un reporte sobre las divulgaciones de su información de la salud. Este reporte de las divulgaciones no incluirá las veces que hemos compartido información de la salud para el tratamiento, el pago para su tratamiento o el oficio normal de la agencia, o las veces cuando usted nos dio la autorización para que compartiéramos su información.
- Si quiere un reporte de las divulgaciones sobre la información de la salud, ponga su solicitud en escrito y tráigala a la oficina del Distrito. El Distrito le responderá dentro de 20 días.
- El primer reporte que se le provee en el espacio de un año es sin costo alguno. Para obtener reportes adicionales dentro del mismo año, nosotros tal vez le cobremos por los gastos de proveer el reporte. Le diremos el costo y usted puede decidir si retira o cambia su pedido antes de que se le cobren los gastos.

Cómo el Departamento puede usar y compartir su información

Las veces cuando no se necesita su permiso:

Para Tratamiento: Nosotros tal vez usemos su información para darle beneficios, tratamiento o servicios. Nosotros tal vez compartamos su información con una enfermera, con un profesional medico o otra persona que le está dando tratamiento o servicios. Los programas del SCPHD también pueden compartir su información para poder brindarle servicios que tal vez necesite. También tal vez compartamos su información con personas fuera del Distrito que están participando en su cuidado, como los miembros de la familia, representantes informales o legales, u otras personas que le dan servicios como parte de su cuidado.

Para Pago: Nosotros tal vez usemos y compartamos su información para que el tratamiento y los servicios que recibe por medio del Distrito puedan ser pagados. Por ejemplo, tal vez tengamos que darle a su compañía de seguro medico información sobre su tratamiento o los servicios que ha recibido para que el seguro médico pueda pagar el tratamiento o los servicios.

Para las Operaciones del Negocio: Tal vez usemos y compartamos su información para el propósito de la operación del negocio. Esto es necesario para la operación diaria del

Distrito y para asegurarse de que todos nuestros clientes reciben calidad de cuidado. Por ejemplo, tal vez usemos su información para saber la calidad de servicios que le damos a usted.

Personas que son parte de su cuidado o del pago por su cuidado: Nosotros tal vez le demos su información a un miembro de la familia, a un representante legal, o al alguien que usted designe que es parte de su cuidado. Nosotros tal vez le demos su información a alguien que le ayuda a pagar por su cuidado. Si usted no puede decir sí o no a dicho permiso, nosotros tal vez compartamos dicha información como sea necesario si determinamos que basado en nuestra opinión profesional es para su bienestar. De igual manera, tal vez compartamos su información en caso de un desastre para que su familia o representante legal sepa sobre su condición, estado y lugar.

Otros usos e intercambios de información que pueden ocurrir sin su permiso

- En los recordatorios de cita
- En opciones de tratamiento
- Como lo requiere la ley
- Riesgos a la salud pública
- A la policía
- En demandas legales y disputas
- A investigadores de fallecimientos, examinadores médicos, directores de funerales
- En la donación de órganos y tejido
- Para el tratamiento de emergencia
- Para evitar la amenaza grave a la salud o la seguridad
- A organizaciones militares y de veteranos
- Para la supervisión en las actividades de salud
- Para actividades de la seguridad e inteligencia nacional
- A instituciones correccionales
- Registración de Vacunas (IRIS)

Las veces cuando se necesita su permiso:

Para otras razones que no sean para tratamiento, para pago o para la operación de la agencia:

Tal vez haya veces cuando tengamos que usar y compartir su información por otras razones que no sean para tratamiento, para pago o para la operación de la agencia como ya se explicó. Por ejemplo, si su empleador o si la escuela solicita información del Distrito que no es parte del tratamiento, pago o la operación de la agencia, el Distrito le pedirá una autorización escrita permitiéndonos que compartamos esa información. Si usted nos da el permiso para usar o compartir su información, usted puede anular ese permiso a cualquier hora, si es por escrito. Si usted anula su permiso, nosotros no usaremos ni compartiremos esa información. Usted debe de comprender que

nosotros no podemos retractar información que ya ha sido compartida con su permiso.

Cambios a este Aviso

SCPHD tiene el derecho de cambiar este aviso. Una copia de este aviso está fijada en nuestras oficinas del Distrito. La fecha efectiva de éste aviso se muestra en la esquina superior derecha de cada página. Si el Distrito hace algún cambio a este *Aviso de las Prácticas de Privacidad*, el Distrito seguirá los términos del aviso que está actualmente en efecto.

Quejas

Si usted cree que sus derechos sobre la privacidad de su información han sido violados, puede registrar una queja por escrito con el SCPHD. Todas las quejas que le llegan al Distrito deben ser por escrito, en el formulario "Queja de Privacidad" que está disponible en las oficinas del Distrito. Para registrar una queja con el Departamento, envíe el formulario completado de la Queja sobre la Privacidad a:

South Central Public Health District
Privacy Officer
1020 Washington St N
Twin Falls, ID 83301-3156

Si usted cree que sus derechos sobre la privacidad de la información sobre la salud han sido violados, también puede registrar una queja con el Secretario de Salud y Servicios Humanos. Su queja debe ser por escrito y usted debe mencionar la organización la cual es el sujeto de la queja y describir lo que usted cree que fue violado. Envíe su queja escrita a:

Secretary of Health and Human Services
200 Independence Ave SW
Washington DC 20201

Una queja registrada ya sea con el SCPHD o con el Secretario de Salud y servicios Humanos debe ser hecha dentro de 180 días de la fecha cuando usted cree que la violación a la privacidad ocurrió. Este tiempo límite para registrar quejas puede ser renunciado con buena causa.

Usted no será castigado ni habrá represalia en su contra por registrar una queja.

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha dado la oportunidad de leer la Notificación de Prácticas de Privacidad de SCPHD.

Firma

Fecha



Aviso sobre las Prácticas de Privacidad