

AVISO DE LA PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Departamento de Salud del Condado de Kane

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA SUYA SE PUEDE USAR Y REVELAR Y COMO USTED PUEDE TENER ACESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELO DETENIDAMENTE.

El Departamento de Salud crea un expediente medico de la información sobre su salud para poder tratar a usted, recibir pagos por los servicios que se le ofrecen, y para cumplir con ciertas normas y leyes. El uso y la revelación descrita en esta notificación son aplicables al departamento de salud. Esta notificación no aplica a los proveedores de servicios que no son parte del departamento de salud.

Somos requeridos por las leyes federales y estatales a mantener la privacidad de su IPS. También la ley nos requiere que le proporcione a usted esta notificación de nuestro deber legal y practica de la privacidad. Además, la ley nos requiere que le pidamos que firme y reconozca que ha recibido esta notificación.

Esta es una lista de algunos de los tipos de usos y revelaciones de PHI que puede ocurrir:

Tratamiento: Nosotros obtenemos información médica sobre usted en su tratamiento. Esta información médica se llama “información protegida de salud” o “IPS”. Su IPS es usado por nosotros para tratar a usted. Por ejemplo, nos referimos a IPS en tratar a usted en el departamento de salud. También podemos mandar su IPS a otro médico o consejero a quien les referimos a usted para tratamiento. También podemos usar su IPS para avisarle sobre tratamiento alternativo e otros beneficios relacionados con la salud que se ofrecen. Si tiene un amigo o familiar envuelto en su cuidado, podemos darle IPS de usted.

Pago: Usamos su IPS para obtener pagos por servicios que le rendimos. Por ejemplo, le mandamos su IPS a Medicaid, Medicare, o su plan de seguro para obtener pago por los servicios.

Operaciones de la Asistencia Médica: Usamos su IPS para nuestra operaciones. Por ejemplo, podemos usar su IPS para determinar si estamos dando tratamiento adecuado a nuestros clientes. De vez en cuando, podemos usar su IPS para recordarle de su cita.

Requisitos Legales: Podemos usar y revelar su IPS como requerido e autorizado por la ley. Por ejemplo, podemos usar y revelar su IPS por las siguientes razones:

Salud Publica: Podemos usar o revelar su información médica para prevenir o controlar enfermedades, heridas o incapacidades, para reportar nacimientos y muertes, para reportar reacciones a medicinas o artefactos médicos, para notificar a una persona que puede haber sido expuesta a enfermedad, o para reportar casos sospechados de abuso, negligencia y violencia domestica.

Actividades del Descuido de la Salud: Podemos usar o revelar su IPS a las agencias estatal y autoridades de gobierno federal cuando son requeridas. Podemos usar o revelar su información médica para determinar su elegibilidad para programas de beneficios públicos y para coordinar entrega de esos programas. Por ejemplo, tenemos que dar su IPS al Secretario de la Salud y Servicios Humanos en la investigación de nuestra conformidad con la orden federal de la intimidad.

Procedimiento Judicial y Administrativo: Podemos usar o revelar su IPS en los procedimientos judicial y administrativos. Podemos hacer el esfuerzo de avisarle del partido que busca la información antes de revelar su IPS.

Aplicación de la Ley: Podemos usar o revelar su IPS para poder cumplir con los pedidos según una orden de tribunal, la autorización, la citación, citación o proceso semejante. Podemos usar o revelar su IPS para localizar a una persona que ha desaparecido, para identificar una victima de crimen, para reportar una muerte, para reportar actividades criminales en nuestras oficinas o en caso de emergencia.

Prevenir una Amenaza Grave a la Salud o la Seguridad: Podemos usar o revelar su IPS para pararlo u otra persona que obtenga lastimó.

El Trabajo Relacionó las Heridas: Podemos usar o revelar su IPS a su empleador si esta conduciendo la vigilancia médica del trabajo o esta evaluando las heridas relacionadas del trabajo.

Pesquisidores, Médicos Encargados de los Análisis de Cuerpos y Directores de Funeral: Podemos usar o revelar IPS a un pesquisidor o médico encargados de los análisis de cuerpos en algunas situaciones. Por ejemplo, su IPS puede ser necesario para identificar a un muerto o determinar la causa de muerte. Directores de funerarias pueden necesitar su IPS para llevar a cabo sus deberes.

Fuerzas Armadas: Podemos usar o revelar el IPS del personal de las Fuerzas Armadas a los militares para la ejecución apropiada de una misión militar. También podemos usar o revelar IPS al Departamento de Asuntos de los Veteranos para determinar la elegibilidad para beneficios.

Seguridad y la Inteligencia Nacionales: Podemos usar o revelar IPS para mantener la seguridad del Presidente u otros oficiales protegidos. También podemos usar o revelar IPS para la conducta de actividades de inteligencia nacionales.

Instituciones de Pena de Prisión y Situaciones de Custodia: Podemos usar o revelar IPS a instituciones de pena de prisión o los custodios de la aplicación de la ley para la seguridad de individuos en la institución, aquellos que son responsable en la transportación de los prisioneros y otros.

Donaciones de los Órganos, Ojos y Tejidos: Podemos usar o revelar su información médica a personas que son envueltas e obtener, guardar o transplantar los órganos, ojos y tejidos de cadáveres para el proceso del donativo.

Investigación: Usted necesita firmar una forma de autorización antes de poder usar o revelar el IPS para el propósito de investigación excepto en situaciones limitadas. Por ejemplo, si quiere participar en una investigación o estudio clínico, una forma dando autorización tiene que ser firmada.

La recaudación de Fondos: Si emprendemos cualquier actividades de recaudación de fondos, podemos avisarle sobre la actividades de recaudación de fondos. Nosotros no comprometemos en actividades de venta y necesitamos su autorización para poder hacerlo.

La Ley del Estado de Illinois: La ley de Illinois también tiene cierto requisitos que gobiernan el uso o revelo de su IPS. Para nosotros poder dar información sobre el tratamiento de su salud mental, información genética, su posición de AIDS/HIV, tratamiento para el abuso de alcohol o drogas, se requiere que usted firme una forma dando autorización, a menos que la ley estatal nos permita hacer cierto tipo de uso o revelo sin su autorización.

Si usted firma una forma dando autorización, usted puede retirar esta autorización en cualquier momento, siempre que su retiro sea hecho por escrito. Si quiere retirar su autorización, por favor de sométase su pedido por escrito a: Privacy Officer (Oficial de Privacidad), Kane County Health Department, 210 S. Sixth St., Geneva, IL 60134.

Sus Derechos: Usted tiene cierto derechos bajo la ley federal de la privacidad en relación a su IPS. Algunos de estos derechos son descritos abajo:

Restricciones: Usted tiene el derecho a pedir restricciones en como su IPS es usado para el propósitos de tratamiento, pagos y las operaciones de la asistencia médica. Nosotros no somos requeridos a concordar con su pedido.

Comunicaciones: Usted tiene el derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su IPS. Por ejemplo, usted puede pedir que solamente se le llame a su casa. Si su pedido es razonable, podemos acomodarle.

Inspección y acceso: Usted tiene el derecho de inspeccionar la información usada para hacer decisiones sobre su caso. Esta información incluye facturas y registros médicos. En algún caso usted no puede inspeccionar su registro. Si su pedido para inspeccionar su registro es negado, nosotros le mandamos una carta explicando la razón y sus opciones.

Usted le puede hacer una copia a su IPS in casi toda situación. Si pide una copia de su IPS, podemos cobrarle un cargo por las copias y se las mandamos por correo, si usted así lo pide.

Las enmiendas de su Registro: Si usted cree que hay un error en su IPS, usted tiene el derecho a pedir una enmienda a su registro. Nosotros no somos requeridos a concordar con su pedido para una enmienda.

La contabilidad de la Revelación: Usted tiene el derecho de recibir la contabilidad de la revelación que nosotros hemos hecho en los últimos seis años (pero el pedido no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003) de su IPS para propósitos de otra manera de el

tratamiento, el pago, y las operaciones de asistencia médica, o la liberación que hicieron según su autorización.

Copia del Aviso: Usted tiene el derecho de obtener una copia de este aviso, igual que si originalmente recibe este aviso electrónicamente. También hemos puesto este aviso en las oficinas del departamento de salud y otros sitios donde se entrega servicios.

Quejas: Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede registrar su queja por escrito al departamento de salud en la siguiente dirección: Attn: Privacy Officer (Oficial de Privacidad), Kane County Health Department, 210 S. Sixth St., Geneva, IL 60134. También puede registrar su queja con la Secretary of Health and Human Services (secretaria de salud y servicios humanos) en Chicago, IL o por correo electrónico, si usted piensa que sus derechos de privacidad han sido violados. Para obtener más información de cómo registrar su queja con cualquier entidad, puede llamar a Claire Dobbins, Privacy Officer (Oficial de Privacidad), al (630) 208-3801. Nosotros no nos vengamos contra usted por registrar su queja.

Nosotros mantenemos una guía de la facilidad por si familiares o amigos preguntan por su condición, nosotros podemos darle información general y decirle el hecho que usted estuvo aquí. Si usted no quiere que nosotros le digamos a nadie que usted estuvo aquí, no los dice ahora.

Somos requeridos a permanecer con términos del aviso actualmente vigente. Pero, podemos cambiar este aviso. Si cambiamos el material de este aviso, puede obtener una copia revisada por computadora en www.kanehealth.com o si pasa por nuestras oficinas a recoger una copia. Cambios a este aviso son aplicables a la información de salud que usted ya tiene.

Si pedimos ayudas a persona y entidad quienes no son partes de este aviso en el tratamiento, los pagos, las operaciones de asistencia médica, vamos a requerir que estas personas sigan este aviso, a menos que ellos son requeridos por ley a seguir la regla de privacidad.

Si usted quiere más información sobre este informe o las practicas de privacidad del departamento de salud, favor do llamar a Claire Dobbins, Privacy Officer (Oficial de Privacidad) al (630) 208-3801.

FECHA DE VIGENCIA: 14 de abril de 2003.

EL CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO
Recibo del Aviso de las Practicas de Privacidad

[Para el uso del Departamento de Salud del Condado de Kane para la primera visita del cliente, o clientes existentes requeridos a firmar como reconocimiento de recibo de las prácticas de privacidad del Aviso del Condado de Kane]

Yo, _____, por la presente consienta en
(Escriba el nombre del cliente)
Permitir que el departamento de la salud y sus empleados y los contratistas designados a

(Ejemplo: realice una evaluación medica y dar tratamiento sobre esas condiciones). Yo entiendo la naturaleza y las consecuencias de cualquier procedimiento para ser realizado serán explicadas a mí.

Yo entiendo que el Departamento de Salud ya esta autorizado a usar la información ganada durante el tratamiento para cobrar los pagos, mi compañía de seguro, o cualquier otra fuente potencial para el reembolso, como programas del gobierno en cual soy matriculado o califico para obtener los servicios.

Yo también por la presente reconozco que recibí una copia del “Aviso de Practicas de Privacidad” del departamento de salud en esta fecha de 14 de abril de 2003.

Firma

Fecha

Marcar si algunas de las siguientes aplican:

- Padre o guardián de un menor
- Sustituta de Asistencia Medica
- El Poder para la Asistencia Médica
- El agente mental de la declaración de la preferencia del tratamiento de la salud
- Guardián con el poder para hacer decisiones el tratamiento de la salud

FOR OFFICE USE ONLY:

Patient Name: _____
Client Number: _____
Participant/Legal Guardian Name: _____

I attempted to obtain an Acknowledgement of the Receipt of the Notice of Privacy Practices on behalf of the HD. The HD was unable to obtain the Acknowledgement because:

- Client refuses to sign
 - Other (specify): _____
- (Staff: Place Acknowledgement in patient’s medical record.)