



Calhoun County Board of Health  
CBOH Form GC-09013B

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE**

El Acto de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Gastos Médicos de 1996 (HIPAA) requiere que el Departamento de Salud Pública de Georgia (DPH) los consejo comarcal de la Salud (CBOH) para mantener la privacidad de su información de salud, informarlo acerca de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud a través de este Aviso de Privacidad Prácticas, que notificar si hay una infracción que implica su información médica protegida de acuerdo para restringir la divulgación de su información 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 términos de este Aviso actualmente en efecto. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. El aviso se publicará en la página web del CBOH en [www.southwestgeorgiapublichealth.org](http://www.southwestgeorgiapublichealth.org). Las copias de la Notificación están disponibles bajo petición.

El Departamento de Salud Pública y los Juntas de Salud del Condado seguirá este aviso.

**CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA**

**Tratamiento:** Podemos usar o divulgar su información médica para proporcionarle tratamiento o servicios. Juntas de Salud del Condado de divulgar su información de salud a médicos, enfermeras y otro personal de la salud involucrados en su atención. Por ejemplo, Juntas de Salud del Condado pueden compartir su información con los programas que participan en su cuidado de seguimiento, como el programa los bebés no pueden esperar. Además, el Laboratorio de Salud Pública CBOH devolverá resultados de las pruebas de laboratorio para la persona que ordenó las pruebas, y los resultados pueden ser utilizados para su tratamiento o atención de seguimiento.

**Pago:** Podemos usar o divulgar su información médica para facturar y cobrar el pago por los servicios que recibe. Por ejemplo, su compañía de seguro médico puede tener que proporcionar a su plan de salud con información sobre el tratamiento que recibió para que pueda hacer el pago o reembolso de los servicios proporcionados a usted.

**Operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar información acerca de usted para operaciones de atención médica. Por ejemplo, nosotros podemos revisar el tratamiento y los servicios para evaluar el desempeño 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 información médica sobre usted para recordarle una cita próxima o para comprobar su estado de salud después de que haya recibido el tratamiento.

**Personas que Participan en su Atención:** Si usted no se opone, podemos divulgar su información médica a un familiar, pariente o amigo cercano que esté involucrado en su cuidado o ayuda en el cuidado de usted. También podemos revelar información a alguien que ayude a pagar su atención. Podemos revelar su información de salud a una organización de auxilio en casos de desastre para ayudar a notificar a un familiar, pariente o amigo íntimo de su condición, estado y ubicación.

**Negocios Asociados:** Podemos revelar su información a contratistas (socios de negocios) que nos prestan ciertos servicios. Exigiremos a éstos socios comerciales que salvaguarden apropiadamente su información.

**Actividades de salud pública:** Podemos revelar su información de salud para actividades de salud pública, 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 condición.

**Las víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica:** Podemos revelar su información médica para notificar a las autoridades gubernamentales apropiadas si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Sólo revelaremos esto si está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley o el reglamento.

**Actividades de Vigilancia de Salud:** Podemos divulgar su información médica a una agencia de supervisión de la salud que está autorizada para realizar auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias y otras actividades necesarias para controlar el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Procedimientos judiciales y administrativos:** Podemos revelar su información de salud si es ordenado a hacerlo por un tribunal judicial o administrativo que está manejando una demanda u otro conflicto. También podemos revelar su información de salud en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, pero sólo si se han hecho esfuerzos razonables para notificarle de la solicitud o para proteger la información de salud solicitada.



## Calhoun County Board of Health CBOH Form GC-09013B

**Aplicación de la ley:** Podemos revelar información médica a las autoridades a cumplir con una orden judicial, orden, citación o proceso similar para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida sobre la víctima 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 ubicación o las víctimas de la delincuencia, o la identidad, descripción y ubicación de la persona que comete el delito.

**Investigación:** Bajo ciertas circunstancias podemos utilizar o divulgar su información médica para la investigación. En la mayoría de los casos, le pediremos su autorización por escrito antes de hacerlo. A veces, podemos usar o divulgar su información médica para la investigación sin su autorización por escrito. En esos casos, el uso o divulgar su información médica sin su consentimiento serán aprobados por una Junta de Revisión Institucional o Junta de Privacidad.

**Jueces de instrucción, médico forense y Directores de Funerarias:** Podemos revelar información médica a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de la muerte. También podemos revelar información médica a directores de funerarias según 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 información de salud si es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para su seguridad, otra persona o del público en general. Sólo revelaremos su información a una persona que puede prevenir o reducir la amenaza.

**Seguridad e Inteligencia Nacional de Actividades y Servicios de Protección para el Presidente:** Podemos revelar su información médica a funcionarios federales autorizados la realización de otras actividades de inteligencia y seguridad nacional. También podemos revelar su información de salud a oficiales federales autorizados para la prestación de servicios de protección al Presidente, otras personas autorizadas, jefes de estado extranjeros o para conducir investigaciones especiales.

**Militares y veteranos:** Podemos divulgar la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas a las autoridades militares apropiadas para el cumplimiento de su misión militar. También podemos revelar información médica sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras.

**Presos:** Si usted es un preso, podemos divulgar su información médica para el oficial de la ley o una institución correccional que tenga custodia para brindarle atención de salud, y para proteger su salud o seguridad o la de otros reclusos o personas que participen en la supervisión o el transporte reclusos.

**Compensación:** Podemos revelar su información de salud para compensación de trabajadores o programas similares que proveen beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo.

**Como exige la ley:** Divulgaremos su información médica cuando sea requerido por la ley.

Excepto en circunstancias limitadas, debemos obtener su autorización para 1) el uso o la divulgación de notas de psicoterapia 2) cualquier uso o divulgación de su información de salud para la comercialización, y 3) la venta de su información médica. Si su información de salud tiene información relacionada con la salud mental, abuso de sustancias, o el VIH / SIDA, que estamos obligados por ley a obtener su consentimiento por escrito antes de revelar dicha información. Cualquier otro uso o divulgación no mencionados en esta Notificación se harán sólo con su autorización por escrito, y usted puede revocar dicha autorización en cualquier momento. La revocación debe ser por escrito, pero no se aplicara a declaraciones hechas en relación con su autorización previa.

### SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

**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, PO Box 57, Morgan, GA 39866, e incluya su nombre, fecha de nacimiento, la seguridad social el número y la ubicación donde se recibieron los servicios si usted recibió servicios en un departamento de salud del condado local. Podemos negar su solicitud y, en algunas circunstancias, puede solicitar una revisión de la negación.

**Derecho a solicitar una enmienda de su PHI:** Usted puede solicitar que corrijamos información que tenemos sobre usted, por el tiempo que mantengamos esa información. Usted debe presentar su solicitud por escrito al Privacy Officer, PO Box 57, Morgan, GA 39866, e incluya su nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social, una razón que apoye su solicitud y la ubicación en la que se recibieron los servicios si usted recibió servicios en un departamento de salud del condado local. Su solicitud puede ser denegada si: 1) la información no fue creada por nosotros, a menos que el creador de la información no está disponible para hacer la enmienda solicitada, 2) la información no se mantiene por nosotros 3) la información no está disponible para su inspección, o 4) la información sea exacta y completa.

**Derecho a una Contabilidad de Revelaciones:** Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de divulgaciones de su información médica hechas por nosotros en los seis años anteriores a la fecha en que se solicita la contabilidad. El informe no incluirá las divulgaciones 1) a usted o a su representante personal 2) hechas de conformidad con su autorización 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



Calhoun County Board of Health  
CBOH Form GC-09013B

información de salud 6) de porciones limitadas de su información de salud que excluye identificadores 7) a oficiales federales para actividades de seguridad nacional e inteligencia, y 8) a instituciones correccionales o a oficiales de la ley sobre reclusos. Para solicitar una contabilidad de divulgaciones, envíe su solicitud por escrito al Privacy Officer, PO Box 57, Morgan, GA 39866. Por favor, incluya su nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social, el período para el que se solicita la contabilidad, y el lugar donde se reciben los servicios si usted recibió 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 información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que limitemos cómo divulgar su información médica a un familiar, pariente o amigo cercano que participan en su cuidado o pago de su cuidado. No estamos obligados a aceptar su solicitud, pero si lo hacemos, cumpliremos con su solicitud a menos que sea necesario un tratamiento de emergencia y se necesita la información para proporcionar el tratamiento de emergencia. Podemos terminar nuestro acuerdo a una restricción una vez que le notificamos de la terminación. Para solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información de salud, por favor, envíe su solicitud por escrito al Privacy Officer, PO Box 57, Morgan, GA 39866. Por favor incluya su nombre, número de seguro social y fecha de nacimiento, qué información desea limitar, a los que desea aplicar la limitación, y el lugar donde se reciben los servicios si usted recibió servicios en un departamento de salud del condado local.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Usted puede hacer solicitudes razonables para recibir comunicaciones de su información médica por medios alternativos o en lugares alternativos. Por ejemplo, puede solicitar ser contactado solo por correo y no por teléfono. Para solicitar comunicaciones confidenciales, envíe su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de la Privacy Officer, PO Box 57, Morgan, GA 39866. Por favor incluya su nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento, cómo le gustaría ser contactado, y el departamento de salud del condado local, donde usted recibió los servicios.

**Derecho a recibir una copia impresa de este aviso:** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificación, que podrá solicitar en cualquier momento. Usted puede obtener una copia en papel escribiendo a Privacy Officer, PO Box 57, Morgan, GA 39866.

#### QUEJAS

Si usted cree que sus derechos han sido violados, puede enviar una queja por escrito a Privacy Officer, PO Box 57, Morgan, GA 39866. También puede presentar una queja ante Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. No habrá represalias por presentar una queja.

#### PARA MÁS INFORMACIÓN

Para más información puede comunicarse con el CBOH Privacy Officer, 229-849-2515.

ESTE AVISO ES EFECTIVO 25 de agosto de 2014.

#### Oficial de Seguridad HIPAA

El Oficial de Seguridad HIPAA también puede ser contactado llamando al 229-849-2515 o escribiendo a

HIPAA Security Officer  
PO Box 57  
Morgan, GA 39866