

**EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE USTED  
Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.  
REVISE CON MUCHA ATENCIÓN**

- Si tiene alguna duda sobre este Aviso, póngase en contacto con la oficina del Distrito de Salud Pública del Sur Central al 208-737-5900 o por correo electrónico en [phd5.idaho.gov](http://phd5.idaho.gov).
- En cualquier momento puede solicitar una copia de este Aviso. Encontrará copias de este Aviso en las oficinas del Distrito de Salud Pública del Sur Central. Este Aviso también se encuentra en el sitio en internet del Distrito de Salud Pública del Sur Central a <http://www.phd5.idaho.gov>.

## **OBJETIVO DE ESTE AVISO**

En este Aviso de Prácticas de Privacidad describe la forma en que el Distrito de Salud Pública del Sur Central (el Distrito) maneja la información confidencial conforme a los requisitos estatales y federales. Todos los programas en el Distrito pueden compartir la información confidencial sobre usted entre sí según sea necesario para proporcionarle los beneficios o servicios y con fines comerciales normales. El Distrito también puede compartir su información confidencial con otros fuera del Distrito según sea necesario para proporcionarle los beneficios o servicios.

Nuestro compromiso es proteger su información confidencial. Generamos registros de los beneficios o servicios que recibe del Distrito. Necesitamos estos registros para ofrecerle servicios y atención de calidad. Asimismo, necesitamos estos registros para cumplir con varias leyes locales, estatales y federales.

Tenemos la obligación de:

- Utilizar y divulgar información confidencial requerida por la ley;
- Mantener la privacidad de su información;
- Proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad de su información; y
- Cumplir con los términos del Aviso vigente a la fecha.

**Este Aviso de Prácticas de Privacidad no afecta su elegibilidad a beneficios o servicios.**

## **SUS DERECHOS ACERCA DE SU INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

### **1. Derecho a una revisión y una copia**

Usted tiene el derecho de revisar y copiar su información de acuerdo con la ley.

Si quisiera revisar y una copia de su información, en las oficinas del Distrito o su sitio en internet encontrará el formato "Solicitud de registros". Debe llenar este formato y enviarlo al Distrito. El Distrito dará respuesta a su solicitud de acuerdo con la Ley de Registros Públicos de Idaho y las leyes federales de HIPAA.

Si solicita recibir una copia de la información, es posible que le cobremos una cuota.

Si legalmente no podemos divulgarle la información, le avisaremos.

## **2. Derecho a modificaciones**

Si siente que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, tiene el derecho a pedirnos que se hagan cambios a su información.

Si quisiera que el Distrito cambie su información, en las oficinas del Distrito o su sitio en internet encontrará un formato de “Solicitud para modificación de registros”. Debe llenar este formato y enviarlo al Distrito. El Distrito dará respuesta a su solicitud en 10 días.

Es posible que rechacemos su solicitud si nos pide cambiar información que:

- No generó el Distrito;
- No es parte de la información que conserva o es para el Distrito;
- No es parte de la información que se le permita revisar o copiar; o
- Determinamos que es correcta y está completa.

## **3. Derecho a limitar la divulgación sobre la información de la salud**

Tiene el derecho a pedirnos no compartir la información sobre su salud para su tratamiento o servicios, o con fines comerciales normales. Nos debe decir cuál es la información que no quiere o con quién no quiere compartir.

Si quiere pedir al Distrito no compartir su información, en las oficinas o el sitio en internet del Distrito encontrará una “Solicitud para restringir la divulgación de información de salud”. Debe llenar este formato y enviarlo al Distrito. El Distrito dará respuesta a su solicitud por escrito.

Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con ella a menos que se necesite la información para darle tratamiento de emergencia o que usted retira la restricción. En casi de que usted o alguien a su nombre pague un artículo o servicio y solicita que no se le divulgue a un proveedor de seguro de salud la información referente a dicho artículo o servicio, aceptaremos la restricción solicitada.

## **4. Derecho a un medio de envío alternativo**

Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted a través de medios o lugares alternos. Por ejemplo, puede pedir que le enviemos la información de un programa a una dirección de correo diferente al de otros programas de los que recibe servicios o beneficios.

Si quiere pedir un medio alternativo para el envío de su información, en las oficinas del Distrito o su sitio en internet encontrará el formato “Solicitud de medios alternos para envío”. Debe llenar este formato y enviarlo al Distrito. El Distrito dará respuesta a su solicitud si por algún motivo se rechaza.

No le preguntaremos la causa de su solicitud. Se aprobarán las solicitudes razonables.

## **5. Derecho a un informe de las divulgaciones de información de salud**

Tiene el derecho a solicitar un informe de las divulgaciones de información sobre su salud. En este informe de divulgaciones no va a incluir cuando compartamos la información sobre su salud para tratamiento, pago de su tratamiento o fines comerciales normales, o las veces que usted nos autorizó compartir la información.

Si quiere solicitar un informe de las divulgaciones sobre su salud, encontrará en las oficinas del Distrito o su sitio en internet el formato “Solicitud para recibir un informe de las divulgaciones de información de salud”. Debe llenar este formato y enviarlo al Distrito. El Distrito responderá a su solicitud de acuerdo con la Ley de Registros Públicos de Idaho y las leyes HIPAA federales.

El primer informe que solicite y reciba en un año calendario será sin costo. Para informes adicionales en el mismo año calendario, es posible que le cobremos el costo por proporcionarle el informe. Le informaremos del costo y es posible que decidamos retirar o cambiar su solicitud en ese momento antes de cobrarle algún costo.

## **CÓMO PUEDE USAR Y COMPARTIR EL DEPARTAMENTO SU INFORMACIÓN**

### **Ocasiones en que no se necesite su permiso**

- **Para tratamiento.** Podemos utilizar o compartir su información a fin de proporcionarle beneficios, tratamiento o servicios. Podemos compartir su información con una enfermera, médico o persona que le proporcione tratamiento o servicios. Los programas en el Distrito también pueden compartir su información para conjuntar los servicios que posiblemente necesite. También podemos compartir su información con personas ajenas al Distrito que estén involucradas en su atención o el pago de su atención, como familiares, representantes informales o legales u otros que le brinden servicios como parte de su atención.
- **Para pago.** Podemos utilizar y compartir su información para que pueda pagarse el tratamiento y los servicios que reciba a través del Distrito. Por ejemplo, tal vez tengamos que proporcionar información sobre usted a la compañía de seguros médicos acerca del tratamiento o los servicios que reciba para que su seguro médico pueda pagar el tratamiento o los servicios.
- **Para operaciones comerciales.** Podemos utilizar y compartir su información con fines de operaciones comerciales. Es necesario para la operación diaria del Distrito y asegurarse de que nuestros clientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, puede usar su información para revisar la forma en que proporcionamos el tratamiento y los servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal que le brinda los servicios.

### **Ocasiones en que se necesite su permiso**

- **Por causas a parte del tratamiento, pago u operaciones comerciales.** Puede haber ocasiones en las que el Distrito tenga que usar y compartir su información por causas a parte del tratamiento, pago y operaciones comerciales según lo que se explica arriba. Por ejemplo, si el Distrito pide a su empleador o la escuela información que no forme parte del tratamiento, pago u operaciones comerciales, el Distrito le solicitará una autorización por escrito que nos permita compartir dicha información. Si nos autoriza utilizar o compartir su información, puede suspender el permiso en cualquier momento, siempre que sea por escrito. Si suspendió su permiso, ya no podremos usar o compartir esa información. Debe entender que no podemos recuperar información que ya se haya compartido bajo su autorización.
- **Individuos que forman parte de su atención o el pago de su atención.** Podemos proporcionar información sobre usted a un familiar, representante legal o a quien usted asigne como parte de su atención. También podemos proporcionar información a quien ayude a pagar por su atención. Si usted no puede aceptar o rechazar una divulgación, podemos compartir dicha información según sea necesario si determinamos que es lo mejor para usted con base en nuestra opinión profesional. Asimismo, podemos compartir su información en un desastre para poder informar a su familia o representante legal acerca de su condición, estado y ubicación.

### **Otra forma de usar y compartir su información sin su permiso**

- Recordatorios de citas
- Alternativas de tratamiento
- Según lo requiera la ley
- Riesgos de salud pública
- Cumplimiento de la ley
- Demandas y disputas
- Médicos forenses, directores de funerarias
- Donación de órganos y tejidos
- Tratamiento de emergencia
- Evitar una amenaza grave de salud o seguridad
- Organizaciones militares o de veteranos
- Actividades de vigilancia de la salud
- Actividades de seguridad nacional y de inteligencia
- Instituciones correccionales

### **REQUISITOS ESPECIALES**

La información recibida de un programa de financiamiento federal para el tratamiento de drogadicción o a través del programa de bebés y niños pequeños no se liberará sin autorización específica del individuo o representante legal.

Se avisará a los individuos afectados después del incumplimiento de la información de salud sin privacidad.

### **CAMBIOS A ESTE AVISO**

El Distrito tiene el derecho de cambiar este Aviso. En las oficinas del Distrito o en <http://www.phd5.idaho.gov> se publica una copia de este Aviso. La fecha en vigor de este Aviso aparece en la parte superior de cada página. Si el Distrito no realiza cambios a este Aviso de prácticas de privacidad, el Distrito cumplirá con los términos del Aviso vigente a la fecha.

### **QUEJAS**

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad a la información confidencial, puede presentar una queja por escrito al Distrito de Salud Pública del Sur Central. Todas las quejas enviadas al Distrito deben ser por escrito en el formato de "Queja sobre privacidad" disponible en las oficinas del Distrito o su sitio en internet. Para presentar una queja ante el Distrito, envíe su formato de Queja sobre privacidad lleno a:

South Central Public Health District  
Privacy Office  
1020 Washington St N  
Twin Falls, Idaho 83301

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad de información sobre su salud, también puede presentar una queja ante del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Su queja debe ser por escrito y debe mencionar la organización que es objeto de su queja y describir lo que usted considera que se violó. Envíe su queja por escrito a:

Region 10  
Office for Civil Rights  
U. S. Department of Health and Human Services  
2201 Sixth Avenue-Suite 900  
Seattle, Washington 98121-1831

En el caso de las quejas presentadas por correo electrónico enviar a [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov).

Una queja se debe presentar ante del Distrito de Salud Pública del Sur Central o de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos en un plazo de 180 días de que haya ocurrido lo que usted considere una violación a la privacidad. Este límite de tiempo para la presentación de quejas puede retirarse por una buena causa.

**No se le castigará ni habrá represalias contra usted por presentar una queja.**