

Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo la información cuya 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 le Oficial de Privacidad de HIPAA del South Central Public Health District al 208-734-5971. Usted puede solicitar una copia de este aviso a cualquier hora. Hay copias de este aviso disponibles en cualquier oficina de SCPHD. 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. SCPHD 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. También necesitamos estos registros para ofrecerle calidad de cuidado y de servicios. De igual manera 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 lo 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¢ por página.
- A usted se 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 completa.
- 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; o
- no es parte de la información que es mantenida por o para el Distrito; o
- 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, por favor de notificar la oficina del Distrito. 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 por favor, 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

1. 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 médico o otra persona que le está dando tratamiento o servicios. Los programas en el Distrito 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, o otras personas que le dan servicios como parte de su cuidado.
- **Para Pag:** 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 médico 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.
- **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 a 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.

2. 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. El Departamento 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.

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

- Para recordatorios de citas;
- Para opciones de tratamiento;
- Como lo requiere la ley;
- Riesgos a la salud pública;
- A la policía;
- Para demandas legales y disputas;
- Para forenses, médicos examinadores, directores de funerales;
- Para 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)

Cambios a este Aviso

El Distrito tiene el derecho de cambiar este aviso. Una copia de este aviso está fijada en nuestras oficinas del Distrito. La fecha efectiva de éste 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 dirigidas al SCPHD deben presentarse por escrito, en la oficina 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
Attn: HIPAA Privacy Office
1020 Washington Street N.
Twin Falls, ID 83301-3156

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 al:

Secretary of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 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.

Política Financiera

El objetivo de nuestra clínica es brindarle atención médica de calidad a un costo razonable. SCPHD no es una clínica gratuita. Ofrecemos un número limitado de tarifas ajustadas según los ingresos y el tamaño de la familia. Para mantener costos asequibles, dependemos de que usted realice el pago puntual de los servicios y materiales. Con este fin, hemos implementado una Política Financiera. Esta política distribuye la responsabilidad entre todos nuestros clientes.

Que le solicitamos que lea y firme antes del tratamiento.

- El pago completo se debe al momento del servicio (incluidos los medicamentos). Excepción: ofrecemos un plan de pago con aprobación previa.
- Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito.
- A nadie que reciba las vacunas Vaccines for Children (VFC) se le negarán los servicios debido a la incapacidad de pago.
- El saldo de su cuenta no afecta su capacidad para continuar recibiendo servicios.
- Su cuenta puede transferirse a una agencia de cobranza si no se recibe

ningún pago dentro de los 120 días posteriores a la facturación de la agencia.

- Podemos ajustar el saldo de su cuenta para corregir cualquier error de facturación que se encuentre después del momento del servicio.

Respecto al Seguro:

- Todos los clientes deben completar un Consentimiento de solicitud financiera antes de recibir los servicios.
- Por favor presente su tarjeta de seguro/Medicaid/Medicare en la recepción.
- SCPHD facturará a su compañía de seguros por usted y el pago puede llegar directamente a SCPHD.
- Le recomendamos que consulte con su compañía de seguros sobre la cobertura, ya que no podemos garantizar la cobertura de su compañía de seguros.
- Ya sea que su compañía de seguros pague o no, el saldo de su cuenta es su responsabilidad.
- Algunos, y quizás todos, los servicios prestados pueden ser servicios no cubiertos.
- No se puede garantizar la confidencialidad con la facturación del seguro. Su proveedor de seguros puede enviar información al titular de la póliza de seguro (que puede ser su padre, tutor o cónyuge).

Servicios de Vacunación

- Entiendo que las vacunas no son obligatorias y puedo eximirme de recibirlas por razones médicas, religiosas o de otro tipo.
- Me han ofrecido copias de las Declaraciones de información sobre vacunas (VIS) de todas las vacunas que se administran hoy, ya sea en papel o electrónicamente.
- Entiendo los beneficios y riesgos de recibir vacunas.
- Entiendo que todos los registros de vacunación se ingresarán en el Registro de vacunación de Idaho, IRIS (Sistema de información de recordatorio de vacunación). La

participación en el Registro de Vacunación de Idaho es voluntaria. Para eliminar sus registros de IRIS, debe comunicarse con el Programa de Inmunización de Idaho.

Reconocimiento del Paciente y Consentimiento Informado

- **Al firmar a continuación, reconozco, comprendo y acepto que se me ha brindado la oportunidad de leer el Aviso de prácticas de privacidad de SCPHD.**
- **Al firmar a continuación, reconozco, entiendo y acepto la política financiera de SCPHD y seré responsable del pago de todos los servicios. Autorizo la divulgación de información médica necesaria para procesar reclamos médicos y autorizo el pago de beneficios al SCPHD.**
- **Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para recibir servicios médicos proporcionados por SCPHD según lo programado para mí o para mi hijo de quien soy padre o tutor legal. Yo, bajo pena de perjurio, por la presente certifico que soy el padre o tutor legal del menor que está siendo atendido.**

Firma del cliente adulto, padre o tutor legal