

## Tu información. Tus derechos. Nuestras Responsabilidades.

### Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información.

**Sus derechos:** Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.

- 1) **Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico:** Puede solicitar ver o obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.
- 2) **Pídanos que corrijamos su historial médico:** Puede solicitarnos que corrijamos la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto. Podemos decir “no” a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.
- 3) **Solicitar comunicaciones confidenciales:** Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente. Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.
- 4) **Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos:** Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información médica para tratamientos, pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su cuidado. Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos “sí” a menos que una ley nos exija compartir esa información.
- 5) **Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información:** Puede solicitar una lista de las veces que compartimos su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.
- 6) **Obtener una copia de este aviso de privacidad:** Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.
- 7) **Elija a alguien para que actúe por usted:** Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.
- 8) **Presentar una denuncia si considera que se han violado sus derechos**
  - Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con el Oficial de Privacidad del Distrito de Salud Combinado del Condado de Clark, la Directora de Enfermería al (937) 390-5600 o [health@ccchd.com](mailto:health@ccchd.com) . No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.
  - Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

### Tus opciones

**Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos.** Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones. En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención
- Compartamos información en una situación de socorro en casos de desastre

*Si no puede decirnos su preferencia, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted.*

*También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing, venta de su información, la mayoría de las notas de psicoterapia compartidas

### Nuestros usos y divulgaciones: ¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?

- 1) **Tratarle:** Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo(a) están tratando. *Ejemplo: podemos divulgar su información de salud según sea necesario a una farmacia cuando ordenemos una receta para usted.*
- 2) **Ejecutar nuestra organización y para las operaciones regulares de salud:** Podemos usar y compartir su información de salud para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Ejemplos: podemos usar su registro de vacunas para asegurarle a su proveedor de atención médica o a su escuela que está cumpliendo con las

## Tu información. Tus derechos. Nuestras Responsabilidades.

vacunas requeridas o recomendadas. Compartiremos los resultados de una verificación de piojos con la escuela o la agencia cuando el propósito sea establecer el cumplimiento de la política de la escuela/agencia.

- 3) **Factura de sus servicios:** Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud o otras entidades. *Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.*
- 4) **Asociados de Negocios:** Podemos compartir su información con socios comerciales que realizan diversas actividades, como servicios de laboratorio, servicios de transporte, servicios de traducción. Ellos deben salvaguardar su información.

### ¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite/obliga a compartir su información de otras maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

- 1) **Ayuda con problemas de salud y seguridad pública:** Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones, tales como: prevención de enfermedades, ayuda con la retirada de productos, notificación de reacciones adversas a medicamentos, notificación de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica, prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona. Si se convierte en recluso de una institución correccional, podemos divulgar a la institución la información necesaria para su salud y la salud y seguridad de otras personas.
- 2) **Hacer investigación:** Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.
- 3) **Cumplir la ley:** Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere asegurarse de que cumplimos con la ley federal de privacidad.
- 4) **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos:** Podemos compartir su información de salud con organizaciones de obtención de órganos.
- 5) **Trabajar con un médico forense o director de funeraria:** Podemos compartir información de salud con un médico forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona fallece.
- 6) **Aborde la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno:** Podemos usar o compartir su información de salud para reclamos de compensación laboral, con fines de cumplimiento de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley, con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, para funciones del gobierno especiales como militares, de seguridad nacional y de protección presidencial. servicios.
- 7) **Responder a demandas y acciones legales:** Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

### Nuestras Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### Otros elementos relacionados con este aviso

- 1) **HIPAA:** Los programas clínicos de CCHD se consideran una Entidad cubierta bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico
- 2) **Otra legislación de Ohio aplicable a la confidencialidad/privacidad:** Las políticas de confidencialidad y privacidad de CCCHD también se rigen por el Código Revisado de Ohio 3798, 3701.17, 3701.201, 3701.232, 3707.06, 3701.25, 3701.243
- 3) **Fecha de vigencia de este Aviso:** Originalmente efectivo 04/14/2003; revisiones 03/15/2013; 01/26/2022.
- 4) **Cambio aq este aviso:** Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Para ver una copia electrónica, visite [www.ccchd.com](http://www.ccchd.com) o escanee este código QR:

