

Notificación de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud del Distrito de Lincoln Trail

Esta notificación describe cómo su información médica podría ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a la misma.

Por favor revísela cuidadosamente.

Sus Derechos

Cuando se trata de su información de salud, tiene ciertos derechos Esta sección le explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su registro médico

Puede pedir ver, u obtener una copia electrónica o en papel de sus registros médicos y otra información de salud que tenemos acerca de usted. Esta solicitud debe ser hecha por escrito. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente en un plazo de 30 días de su solicitud.

Pídanos que corriamos su registro médico

Puede pedirnos que corriamos información de su salud que cree que este incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. Podríamos decir “no” a su solicitud, pero le diremos por qué no por escrito en un plazo de 60 días.

Solicita comunicaciones confidenciales

Puede pedir que hagamos contacto con usted en una manera específica (por ejemplo, por teléfono de su casa u oficina) o enviar por correo a una dirección diferente. Diremos “Si” a todas las solicitudes razonables.

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago, o nuestras operaciones. No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud, y podríamos decir “no” si esto afectaría su cuidado. Si usted paga totalmente por un servicio o artículo de asistencia médica de su propio bolsillo, nos puede pedir que no compartamos esa información para el propósito de pago o nuestras operaciones con su seguridad de salud. Diremos “Si” a menos que la ley nos requiera compartir esa información.

Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido información

Puede pedir una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud hasta 6 años antes de la fecha de su solicitud, con quien y por qué lo hemos compartido. Incluiremos todas las divulgaciones excepto las que son sobre tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud, y ciertas divulgaciones (como las que usted solicitó) le proporcionaremos gratis una contabilidad por año, pero cobraremos un cargo razonable para cubrir costos, si hace una petición más en menos de 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

Puede pedir una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si ha acordado en recibir la notificación electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel rápidamente.

Escoja a alguien que actué por usted

Si le ha dado a alguien un poder legal médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y hacer decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos que esa persona tenga la autoridad y que puede actuar por usted antes de tomar una acción.

Presentar una queja si cree que sus derechos han sido violados

Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos, poniéndose en contacto con nosotros por teléfono al 270-769-1601 o 1-800-280-1601 o por correo a 108 New Glendale Road, Elizabethtown, KY. 42701, Attn: HIPAA Privacy Officer. Puede presentar una queja con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de E.E.U.U. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hh.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus Elecciones

Para cierta información de salud, puede decirnos sus elecciones sobre lo que podemos compartir

Si tiene una clara preferencia de cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, díganos. Hable con nosotros. Díganos que quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones. En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que compartamos la información con su familia, mejores amigos, u otros involucrados en su cuidado, compartir información durante una situación de alivio de desastres, incluir su información en un directorio del hospital. Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo si esta inconsciente, podemos proseguir y compartir su información si creemos que es por su mejor interés. También podremos compartir su información cuando sea necesario para evitar un riesgo grave e amenaza inminente para su salud o seguridad.

En estos casos nunca compartiremos su información a menos que nos de su permiso por escrito: propósitos de comercialización, venta de su información, más compartir de notas de psicoterapia. No creamos o mantenemos notas de psicoterapia en esta práctica. Nunca comercializamos o vendemos información personal.

En el caso de recaudación de fondos: Podríamos contactarlo para esfuerzo de recaudación de fondos, pero puede decirnos que no lo contactemos otra vez.

Nuestros Usos y Divulgaciones

Como usamos o compartimos generalmente su información de salud? Generalmente usamos o compartimos su información de salud en las siguientes formas.

Tratarlo

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando o le están asistiendo para que reciba tratamiento. Ejemplo: La enfermera de la escuela, al Coordinador de Servicios de Recursos Familiares, Dentista, y Doctor.

Funcionamiento de nuestra organización

Podemos usar y compartir su información de salud para el funcionamiento de nuestra práctica, mejorar su cuidado, y contactarlo cuando sea necesario.

Cobrar por los servicios

Podemos usar y compartir su información de salud para cobrar y obtener pago de los seguros y otras entidades.

De que otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Tenemos permitido o requerido a compartir su información en otras maneras – Por lo regular en maneras que contribuyen al beneficio del público, como salud pública e investigaciones. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos propósitos. Para más información vea: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con Cuestiones de Seguridad y Salud Pública

Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones, como: prevención de enfermedades, ayudar con productos retirados, reportar reacciones adversas a medicamentos, reportar sospechas de abuso, negligencia, o violencia doméstica, prevenir o reducir una grave amenaza para la salud o seguridad de cualquier persona.

Hacer Investigaciones

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Cumpliendo con la Ley

Compartiremos su información si las leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quieren ver que estamos cumpliendo con la Ley Federal de Privacidad.

Responder a la petición de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir su información de salud con organizaciones de adquisición de órganos.

Trabajar con un examinador médico o director de la funeraria

Podemos compartir información de salud con un forense, examinador médico o director de funeral cuando una persona muere.

Atender solicitudes de compensación de trabajadores, ejecución de la ley, y demás solicitudes del gobierno

Podemos usar o compartir su información de salud: para reclamos de compensación de trabajadores, para propósitos de ejecución de la ley o un oficial de ejecución de la ley, o con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, para funciones especiales del gobierno tales como militar, seguridad nacional y servicios de protección presidencial.

Responder a demandas o acciones legales

Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa o en respuesta a una citación judicial.

Nuestras Responsabilidades

Estamos requeridos por la ley de mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida. Le haremos saber inmediatamente si se produce un incumplimiento que podría haber comprometido la privacidad o seguridad de su información. Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y darle una copia, si la solicita. No usaremos o compartiremos su información excepto como se describe en esta forma, a menos que usted nos diga que podemos por escrito. Puede cambiar de idea en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de idea. Para obtener más información vea:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a las Condiciones de esta Notificación

Podemos cambiar las condiciones de esta notificación, y los cambios se aplicaran a toda la información que tenemos acerca de usted. La nueva notificación estará disponible a su petición, en nuestra oficina y en nuestro sitio web: www.lincolntailhealthdepartment.com.