

# AVISO SOBRE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

EN ESTE AVISO DESCRIBIMOS  
CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR  
INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE  
USTED Y CÓMO PUEDE USTED  
OBTENER ACCESO A ESTA  
INFORMACIÓN

*POR FAVOR ESTUDIE  
CUIDADOSAMENTE*



ESTADO DE TENNESSEE  
DEPARTAMENTO DE SALUD

Vigente desde el 14 Abril de 2003

## NUESTRO DEBER DE SALVAGUARDAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Una nueva ley federal titulada la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA) exige que el personal del Departamento de Salud proteja su Información Médica Privada (Protected Health Information, PHI). PHI es la información individual que le identifica sobre su salud o enfermedad pasada, presente o futura, la prestación de atención médica a usted o el pago por la atención médica. Se nos exige que le demos un aviso sobre nuestras normas de privacidad en cuanto a la información que recopilamos y conservamos sobre usted.

## NUESTRA PROMESA EN CUANTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Entendemos que la información médica sobre usted es algo personal y nos comprometemos a proteger esta información. Este Aviso sobre la Privacidad se refiere a toda su información médica, incluyendo 1) los expedientes relacionados con su atención médica en una clínica del Departamento de Salud y/o 2) expedientes médicos que el Departamento de Salud reciba de alguna otra fuente.

La ley exige que: (1) mantengamos la confidencialidad de su PHI; (2) le demos este Aviso sobre la Privacidad; y (3) cumplamos con lo establecido en el Aviso sobre la Privacidad vigente.

## CÓMO PODRÍAMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA PARA EL TRATAMIENTO, PAGO Y FUNCIONAMIENTO

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras que podríamos usar y revelar su PHI:

- **Para Tratamiento.** Podríamos usar y revelar su PHI a médicos, enfermero(a)s, nutricionistas, técnico(a)s, u otros trabajadores del Departamento de Salud que se ocupan de prestarle atención. Podríamos revelar su PHI a otras personas que no son parte del Departamento de Salud que puede que se ocupen de su atención médica tales como, medicamentos por receta, análisis de laboratorio y radiografías.
- **Para pagos.** Podríamos usar y revelar su PHI para obtener pagos o para pagar por los servicios médicos que usted recibe. Por ejemplo, puede que necesitemos informarle a su seguro médico sobre un tratamiento que usted necesita para poder obtener autorización previa o para determinar si su seguro médico va a estar dispuesto a pagar por este tratamiento.
- **Para el funcionamiento de la asistencia médica.** Podríamos usar y revelar su PHI en el funcionamiento del Departamento de Salud. Esto es necesario para el manejo de los programas y actividades del Departamento. Por ejemplo, podríamos usar su PHI para analizar nuestros servicios, programas, y/o la calidad de la atención prestada.
- **Para recordarle de una cita.** Podríamos usar su PHI para contactarle y recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o servicios.

## CÓMO PODRÍAMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SIN SU PERMISO

La ley estipula que podríamos usar y revelar su PHI que tenemos en nuestros archivos (incluso hasta

después de su muerte), sin su permiso, en las siguientes circunstancias:

- **Conforme con la ley.** Revelaremos información médica sobre usted cuando la ley lo exija, para investigar informes de maltrato o negligencia, y para informar a la agencia correspondiente encargada del cumplimiento de la ley de tal incidente.
- **Actividades de supervisión de la salud.** Podríamos revelar su PHI a las agencias de supervisión de la salud para actividades que la ley autoriza. Estas actividades de supervisión podrían incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y concesión de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno estatal y federal supervise el sistema de prestación de atención médica en Tennessee.
- **Riesgos de salud pública.** Podríamos revelar PHI sobre usted en actividades de la salud pública. Estas actividades pueden incluir el informar nacimientos y muertes y el seguimiento, prevención y control de algunas enfermedades, lesiones e incapacidades.
- **Investigación.** En algunas circunstancias podríamos revelar su PHI, supervisados por una junta de supervisión de una entidad, para ayudar en una investigación médica.
- **Para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad.** Podríamos usar y revelar su PHI si fuera necesario para prevenir una amenaza grave a usted o a la salud y la seguridad del público u otra persona. Sin embargo, tal revelación sería sólo a alguien capaz de ayudar a prevenir tal amenaza.
- **Para funciones específicas del gobierno.** Podríamos revelar su PHI a agencias del cumplimiento de la ley, a programas de prestación

del gobierno relacionados con la elegibilidad y la inscripción y en asuntos de la seguridad nacional.

### SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

- **El derecho a revisar y copiar.** En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho a revisar u obtener copias de sus expedientes. Debe hacer su solicitud por escrito. Puede que le cobren cierta suma por el costo de hacerle copias a sus expedientes.
- **El derecho a corregir.** Si usted piensa que hay algún error o que falta alguna información en nuestro expediente de su PHI, puede pedirnos que hagamos correcciones o añadidura a su expediente. Tiene que presentar la solicitud por escrito, y tiene que exponer la razón que respalda su solicitud. En algunas circunstancias podríamos denegarle su solicitud. Toda denegación expondrá las razones por las que se denegó y explicará sus derechos a obtener la solicitud y la denegación, junto con cualquier declaración en respuesta que usted dé agregada a su PHI.
- **El derecho a saber qué información revelamos.** Usted tiene el derecho a solicitar una lista de las revelaciones que hemos hecho de su PHI durante y después del 14 de abril de 2003 con objetivos que no sean los expuestos en el Aviso sobre la Privacidad. Debe solicitar esta lista por escrito e indicar el período de tiempo que la lista debe abarcar y que no sea un período de más de seis (6) años. La primera lista que usted solicite dentro de un período de doce (12) meses es gratis.
- **El derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho a solicitar que limitemos la manera en

que usamos y revelamos su PHI. Usted tiene que hacer esta solicitud por escrito y decimos la información que quiere que limitemos y a quién se refieren estas limitaciones. Por ejemplo, usted podría pedir que no revelemos información sobre un análisis de sangre que usted se hizo a su cónyuge. No estamos obligados a acceder a su solicitud. Sin embargo, si accedemos, nos acataremos a su solicitud a no ser que necesitemos la información para prestarle servicios de urgencias o la información se puede divulgar sin su autorización.

- **El derecho a la Confidencialidad de la Comunicación.** Usted tiene el derecho a que nos comuniquemos con usted en un lugar o manera específica. Por ejemplo, usted puede pedirnos que enviemos información a su dirección del trabajo en lugar de su dirección domiciliaria. Debe hacer su solicitud por escrito. No tendrá que exponer la razón por la que hizo esta solicitud. Trataremos de complacer toda solicitud razonable.
- **El derecho a autorizar la divulgación de información:** Se puede divulgar su PHI de otra manera sólo si usted lo solicita y usted puede cambiar su autorización en cualquier momento.
- **El derecho a una copia por escrito de este aviso.** Usted tiene el derecho a que le demos una copia por escrito de este aviso en cualquier momento, incluso si usted estuvo de acuerdo en recibir este aviso electrónicamente. Usted puede obtener una copia de este aviso en la página del Internet que indicamos a continuación. Para obtener una copia por escrito de este aviso, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad del Estado que indicamos a continuación. Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras normas de privacidad y este aviso en cualquier momento. Pondremos una copia de este aviso en todas nuestras oficinas y en el sitio del Internet del Departamento.

### CÓMO OBTENER MÁS INFORMACIÓN O QUEJARSE SOBRE NUESTRAS NORMAS DE PRIVACIDAD

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, favor de ponerse en contacto con el OFICIAL DE PRIVACIDAD (Privacy Officer) que indicamos a continuación. Si usted piensa que se han violado sus derechos a la privacidad, puede presentar una queja por escrito a cualquiera de las agencias que indicamos a continuación. Presentar una queja no le perjudicaría.

TN Department of Health  
Chief Privacy Officer  
Bureau of Health Informatics  
Sixth Floor, Cordell Hull Building  
425 Fifth Avenue North  
Nashville, TN 37247-0460  
877-280-0054 Fax: 615-532-1886  
<http://www2.state.tn.us/health/HIPAA/>

Secretary  
U.S. Department of Health & Human Services  
200 Independence Ave. SW  
HHH Building, Room 509H  
Washington, DC 20201  
866-627-7748 TTY 886-788-4989